CLINICA CIRURGICA

DO

HOSPITAL DA MISERICORDIA

OBRAS DO MESMO AUCTOR

Clinica cirurgica do hospital da misericordia.—Dous tomos de 1536 paginas com numerosas estampas no texto.— Rio de Janeiro, 1880—1881.— Typographia Nacional em 8.º .... Preço 16$000

Traité théorique et pratique de la science et de l'art des accouchements.—Obra impressa e publicada em francez, de 824 paginas.— Paris, Asselin, livreiro, 1873 ; em 8.º.. Preço 8$000

Lições de clinica cirurgica professadas durante o anno de 1865, de 358 paginas.—Rio de Janeiro.—Typographia de Laemmert.—Edicção esgotada.

Lições de clinica cirurgica professadas durante os annos de 1867 a 1869 com 422 paginas.— Rio de Janeiro, 1870.— Nicoláo Alves, livreiro editor.— Em 8.º.. Preço 5$000

Memoria sobre a uranoplastia e staphyloraphia.—Rio de Janeiro, 1877, com 71 paginas em 8.º.. Preço 1$000

Fracturas complicadas.—These de concurso á cadeira de clinica cirurgica da faculdade de medicina do Rio de Janeiro, 1871 com 161 paginas em 4.º.—Rio de Janeiro.. Preço 2$000

Anesthesia cirurgica.—These de concurso ao logar de oppositor da faculdade de medicina do Rio de Janeiro.—1859 ; em 4.º.—Esgotada.

Estreitamentos organicos da urethra.—Rio de Janeiro, 1858. —These de doutoramento.

Aborto, considerado debaixo do ponto de vista obstetrico, memoria excellente, methodica e completa, sobre este accidente da prenhez......................... Preço 2$000

Conducta do parteiro nas apresentações da espadua do féto com procidencia de braço, obra onde se achão adduzidos os melhores principios ácerca dos deveres do parteiro em taes casos.. Preço 2$000

Ensaio sobre o tratamento radical das hernias reductiveis inguinaes.—Folheto impresso em Paris com estampas...... Preço 1$000

505—80

CLINICA CIRURGICA

DO

HOSPITAL DA MISERICORDIA

OU

LIÇÕES PROFESSADAS DURANTE OS ANNOS

DE

1873 A 1879

PELO

DR. V. SABOIA

PROFESSOR DE CLINICA CIRURGICA DA FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO;
MEDICO EFFECTIVO DA CAMARA DE SUAS MAGESTADES IMPERIAES;
MEMBRO TITULAR DA IMPERIAL ACADEMIA DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO;
MEMBRO CORRESPONDENTE DA SOCIEDADE DE CIRURGIA DE PARIZ,
E TITULAR DAS SOCIEDADES OBSTETRICA DE LONDRES, E FRANCEZA DE HYGIENE.

Obra destinada a servir de compendio aos alumnos da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

TOMO SEGUNDO

COM 96 FIGURAS INTERCALADAS NO TEXTO

RIO DE JANEIRO

TYPOGRAPHIA NACIONAL

1881

ADVERTENCIA

Ha um anno que dei á luz o primeiro tomo destas lições. Pensei que o volume actual, estando já no prélo, poderia em poucos mezes apparecer; mas por circumstancias independentes de minha vontade, só agora é publicado.

Não pude incluir nelle, sob pena de o tornar muito volumoso ou dar-lhe mais de mil paginas, as lições sobre as lesões do craneo, do cerebro, da columna vertebral, da bacia, etc., nem tão pouco me foi possivel annexar as estampas em chromolithographia por não terem sahido perfeitas. Em compensação foi grandemente augmentado o numero das gravuras explicativas do texto, o que elevou bastante o preço da impressão.

Como no primeiro tomo, não poupei esforcos nem sacrificios para que este volume não só pelo lado material, mas tambem pelo da doutrina, se elevasse ao nivel dos melhores trabalhos do mesmo genero.

Devião, é certo, ter escapado neste, como succedeo com o outro volume, alguns erros de impressão, e havido troca de palavras, mas o leitor perspicaz facilmente poderá corrigil-os independente de uma errata final que, no meu entender, não serve para cousa alguma.

Pretendo com vagar tomar nota de todos os erros; e si meu livro tiver prompta extracção, darei uma outra edicção, em que elles serão convenientemente corrigidos.

V. SABOIA.

Rio de Janeiro, 11 de Fevereiro de 1881.

Rua do Visconde de Maranguape n. 34.

CLINICA CIRURGICA

DO

HOSPITAL DA MISERICORDIA

CAPITULO VIII

DE ALGUMAS LESÕES E AFFECÇÕES DAS ARTICULAÇÕES

TRIGESIMA OITAVA LIÇÃO

DA ENTORSE

SUMMARIO:—O estudo da entorse é muito necessario.—Opinião do professor Valette, de Lyão, a este respeito.—Methodo de exposição seguido aqui no ensino clinico.—Suas vantagens.—Historia de um doente affectado de entorse da articulação tibio-tarsiana.—Phenomenos que caracterisavam a affecção.—Diagnostico differencial entre fractura peri-articular e entorse.—O que se deve entender por entorse.—Definição apresentada pelos autores.—Alterações que se dão na entorse.—Differença em seus resultados.—São raras as occasiões em que se podem verificar as alterações e desordens produzidas pela entorse.—As experiencias cadavericas não se podem applicar ao homem vivo.—Consequencias clinicas da entorse.—A arthrite, o tumor branco e a coxalgia podem ter por ponto de partida a entorse.—Cuidados que se devem ter em uma entorse.—Não bastão o repouso e a immobilidade voluntaria.—Inutilidade das cataplasmas, das fomentações, etc.—Vantagens reaes da immobilisação por um apparelho amidonado ou gessado.—Valor da massagem.—Cuidados consecutivos.—Resultado do tratamento seguido em alguns casos da clinica.

MEUS SENHORES,

O professor Valette, de Lyão, refere em suas lições de *Clinica Cirurgica* que os alumnos dando nas clinicas o maior valor aos grandes actos operatorios, para os quaes dirigem toda a attenção, deixão de lado o estudo de muitas affecções como a entorse, quando aliás dos espectaculos das grandes operações para que são

attrahidos, não alcanção os resultados immediatos que podem colher com o estudo pratico dessas outras lesões que são mais frequentes e cujo conhecimento é muito mais util e necessario ; por essa razão, elle acrescenta que se abstem de communicar com antecedencia o assumpto de que vai occupar-se, afim de não ficar abandonado de seus discipulos nessas occasiões.

Não tenho a pretenção de me comparar com o eximio e notavel professor de clinica cirurgica de Lyão, e por certo a vossa concurrencia é sempre crescida quando tenho de executar alguma operação importante, mas não nutro o receio de ficar isolado, porque as minhas lições são diarias, e é sobre os doentes, que entrão na occasião da visita, que ellas versão ordinariamente, a menos que se dê uma causa fortuita que me inhiba de attrahir sobre o caso ou casos que forem encontrados na enfermaria a vossa attenção.

O doente sobre cuja molestia vai versar a lição, não é visto e conhecido senão no momento em que aqui diante de vós procedo a seu exame e só depois de entrar na apreciação dos symptomas e dos phenomenos que posso encontrar, é que procuro fundamentar o diagnostico e estabelecer as indicações therapeuticas.

Este methodo de ensino não será brilhante e aparatoso, porque não dará tempo a que eu me prepare para a lição, mas julgo-o vantajoso por se aproximar da realidade e tornar bem patentes as difficuldades da pratica.

Seja como fôr, acha-se aqui em vossa presença um doente de entorse do pé esquerdo, affecção que, na phrase do professor Valette, de Lyão, não attrahe a attenção dos alumnos, e cujo estudo é por elles grandemente despresado, demonstrando a observação diaria que a falta de conhecimentos exactos a respeito della, póde acarretar consequencias graves.

O individuo em questão chama-se Bento Fernandes de Araujo ; tem 45 annos de idade ; é de temperamento lymphatico e de constituição regular. Trabalhava na construcção de uma casa, quando

hontem 20 de Agosto de 1876, ao descer uma escada, escorregára do ultimo degrão, vindo a cahir sobre a borda externa do pé que nesta attitude sustentára todo o peso do corpo.

A dôr que nesse momento experimentára na articulação do pé com a perna foi tão forte que, a não apoiar-se no corrimão da escada, não teria podido ficar de pé, e então, soccorrido pelos companheiros, foi collocado em um carro e conduzido para o hospital.

O collega que o recebera e dera-lhe entrada para esta enfermaria, prescrevera-lhe a bebida de Stoll, e mandára applicar em volta da articulação tibio-tarsiana uma cataplasma de linhaça.

Estudemos os phenomenos que caracterisão a affecção deste doente. Não ha perturbação funccional nos diversos apparelhos organicos. Esse doente não tem febre; a pelle está fresca e macia; a lingua se acha larga e limpa; não ha cephalalgia. Só o que lhe encommoda é a dôr intensa que experimenta quando move a articulação tibio-tarsiana esquerda, a qual o priva por um modo absoluto de se pôr de pé.

A parte inferior da perna, como vedes, se acha, bem como a região tarsiana do pé, muito augmentada de volume. A pelle correspondente a essas partes está ligeiramente tensa e avermelhada. Não ha nenhuma ecchymosis, nem solução de continuidade. O pé não se acha desviado para nenhum lado, e o seu eixo corresponde ao da perna.

Por meio da apalpação não se descobre nenhuma saliencia anormal nem falta de resistencia em toda a extensão da perna, e prendendo, de um lado, esta parte junto da articulação, e de outro o pé, e executando alguns movimentos de lateralidade e de rotação, não percebo nem crepitação, nem mobilidade anormal. O doente entretanto experimenta durante essa exploração grande dôr na articulação tibio-tarsiana. Essa dôr é despertada quando move o pé para um ou para outro lado, mas já não é tão intensa quando prendo com os meus dedos os maléolos interno e externo e procuro movel-os de diante para traz. Ha dôr quando

comprimo a ponta dos malèolos, mas essa dôr não se estende acima nem é limitada.

A ausencia de mobilidade anormal em qualquer ponto do tibia ou do peroneo, e o caracter da dôr não me deixão a menor duvida de que este doente se acha com o accidente cirurgico a que se dá o nome de *entorse*.

Já vos fiz vêr uma vez (vigesima oitava lição, pag. 523) que a entorse tibio-tarsiana só poderia ser confundida com uma fractura peri-articular, mas que nos phenomenos subjectivos e principalmente na dôr experimentada pelo doente e revellada sob a influencia de vossas explorações terieis os elementos necessarios para o diagnostico. Na fractura *a dôr tem o seu maximo de intensidade no ponto que corresponde á solução de continuidade ossea*, ao passo que na entorse, *ella é mais diffusa ou apresenta a mesma intensidade em qualquer ponto da região articular*.

Eu vos disse que este doente tem uma entorse da articulação tibio-tarsiana, mas o que é uma entorse?

Si consultardes os autores classicos, vereis que alguns dizem que entorse é uma violencia experimentada pelas partes molles e ligamentosas que cercão as articulações ginglymoidaes, e que póde chegar ao ponto de acarretar a ruptura dos ligamentos lateraes; ao passo que outros dão esse nome aos effeitos resultantes das violencias ou traumatismos experimentados por uma articulação em um movimento falso ou forçado.

Em nenhum dos casos se especifica a natureza da lesão ou os caracteres distinctivos, pelos quaes se possa saber em que ella consiste.

Na opinião de alguns autores as lesões são multiplas. O professor Panas no artigo *Entorse* do *Novo diccionario de medicina e cirurgia praticas*, diz que a affecção se traduz pela distensão dos ligamentos, arrancamento de parcellas osseas, deslocamento temporario dos ossos e derramamentos sanguineos

articulares e subcutaneos, acompanhado tudo de dôres vivas e em certos casos de inflammação mais ou menos intensa.

Sem negar a possibilidade d'essas lesões na entorse, eu vos direi comtudo que no maior numero de casos os movimentos exagerados ou falsos em uma articulação, quando muito, podem trazer a distensão, ruptura ou arrancamento de algum ligamento.

Não só no doente que aqui se acha como em outro que entrou para esta enfermaria com entorse do punho e sobre o qual já vos fallei por occasião das fracturas da extremidade inferior do radio, não se poderião ter dado esses arrancamentos de parcellas osseas e deslocamentos temporarios dos ossos, por quanto se assim fôsse não se observaria uma inflammação tão moderada, nem o doente de entorse do punho se teria restabelecido em tão pouco tempo.

As occasiões de examinar as lesões que acompanhão as entorses são excessivamente raras, e as experiencias cadavericas tentadas por Dupuytren não se podem em absoluto applicar ao homem no estado normal. Aqui a acção muscular e o equilibrio dos movimentos fazem com que muitas vezes as forças que actuão para produzir um resultado, se modifiquem grandemente e determinem lesões de ordem diversa.

Eu acredito, que na entorse se possão dar todas as lesões descriptas pelo professor Panas, mas não penso que na generalidade dos casos se tenha de observar mais do que alguma distensão, ruptura ou arrancamento de ligamentos nos seus pontos de implantação com infiltração sanguinea na articulação e no tecido cellular subcutaneo.

Não se segue d'ahi que a entorse deixe de ser uma affecção cujo estudo deveis dispensar; não. Essas distensões e rupturas ligamentosas e tendinosas podem ser o ponto de partida de uma arthrite ou de uma affecção articular consecutiva excessivamente grave. As coxalgias e os tumores brancos não tem tido muitas

vezes por causa occasional mais do que uma entorse, e até uma contusão articular que poderia ser considerada como o primeiro gráo da lesão sobre a qual procuro n'este instante attrahir a vossa attenção.

Não me aventuro a lançar a proposição de que a entorse seja uma affecção mais grave do que a luxação, mas sem duvida que uma e outra devem merecer de vossa parte os maiores cuidados; e assim como em uma luxação não podereis ter um procedimento racional no tratamento si não conhecerdes o seu genero e variedade, assim tambem na entorse, senão debaixo do ponto de vista das indicações ao menos sob o do prognostico, deveis ter uma idéa exacta das lesões que se tenhão produzido.

As violencias sobre as articulações ginglymoidaes como a tibio-tarsiana são sempre muito sérias, e si na generalidade dos casos ellas devem apenas traduzir-se por distensão, ruptura ou arrancamento dos tendões e ligamentos, em outras circumstancias as desordens podem dar-se em gráo mais pronunciado, e consistir em arrancamento de particulas osseas ou em fracturas osseas, e é necessario conhecer todas essas lesões e alterações para que o vosso prognostico seja convenientemente estabelecido, e não seja nunca deficiente o tratamento que tenhaes de instituir.

Todos concordão em que o repouso e a immobilidade exercem uma influencia manifesta sobre os processos irritativos e inflammatorios. Sem duvida alguma o que se póde mais receiar de uma entorse é a explosão de um trabalho inflammatorio intenso, e entretanto quando se falla dessa lesão, lembrão-se das cataplasmas, da arnica, da agua vegeto-mineral, das sanguesugas e ventosas, e raras vezes do meio que com mais rapidez e promptidão cura os doentes dessa affecção!

Este doente guardará hoje o repouso porque a dôr não o permitte andar ou apoiar-se sobre o pé, mas logo que a sensibilidade articular diminuir, vereis que elle fará esforços para pôr-se de pé. O que resultará d'ahi? As dores voltarão, o mal se prolongará

e esse doente que poderia ficar bom em seis ou oito dias, sob a influencia de um apparelho que conservasse a articulação na maior immobilidade possivel, levará 15 à 30 si ficar entregue a si mesmo e fizer uso das cataplasmas e das compressas d'agua vegeto-mineral.

Não ha cirurgião, como muito bem diz o professor Valette, de Lyão, que deixe de aconselhar a immobilisação de uma articulação depois da reducção de uma luxação, e entretanto uma entorse que, na phrase de Vidal de Cassis, não é senão uma luxação espontaneamente reduzida, acarreta entretanto na opinião de muitos cirurgiões a indicação de outros meios ! Não; convem antes de tudo conservar os principios salutares que a observação dos processos morbidos nos ensina, e a respeito da entorse não se deve perder tempo com o emprego das cataplasmas e das compressas embebidas em tintura de arnica, em agua vegeto-mineral, e com as applicações de sanguesugas, de ventosas escarificadas, etc. Immobilise-se a articulação respectiva por meio de um apparelho gessado, selicatado ou amidonado, e no fim de poucos dias o doente ficará restabelecido.

Todas as indicações se achão por esse modo preenchidas. As dôres cessarão, a inflammação não se desenvolverá, e todos os receios de uma arthrite se desvanecerão.

E' preciso que a esse respeito não possaes ter a menor duvida. Tanto em minha clinica particular ou civil, como aqui, não recorro ha perto de vinte annos a outro methodo de tratamento e nunca observei qualquer accidente desfavoravel que me fizesse abalar a confiança que nelle deposito.

Sei que muitos collegas recorrem ás cataplasmas, ás compressas embebidas em arnica e agua vegeto-mineral, e ás irrigações frias, e os resultados felizes não devem ter faltado; mas tambem tenho observado que os doentes levão mais tempo em restabelecer-se, do que quando se immobilisa a articulação por meio de um apparelho gessado ou amidonado.

Alguns autores preconisão muito a *massagem* e pretendem que por meio d'ella se pode curar a entorse em algumas horas. Não nego o seu valor como meio adjuvante, mas não creio que ella por si só possa ter influencia na cura da verdadeira entorse. Quando em um falso movimento do pé se dá uma contracção muscular energica, os musculos podem ficar convulsivamente retrahidos, e então a massagem feita com todo o capricho será sufficiente para destruir esse estado doloroso dos musculos, mas decididamente não sei como ella chegaria a unir os ligamentos quando fossem arrancados, e as bainhas tendinosas e as fibras musculares que tivessem soffrido, como as vezes acontece na entorse, uma solução de continuidade, ou despedaçamento!

A massagem é muito proveitosa, mas depois de se ter retirado o apparelho que foi applicado para immobilisar a articulação.

Em alguns individuos, principalmente moços, a immobilisação articular provoca algumas vezes a contracção dolorosa dos musculos, e em taes casos a massagem feita *secundum artem* é de uma efficacia admiravel. Em uma ou duas sessões os movimentos articulares se restabelecem, e as dores cessão completamente.

Si a immobilisação da articulação que soffre o torcedura é o meio de tratamento por excellencia, não convem entretanto abusar de suas vantagens deixando o apparelho applicado por muito tempo. E' preciso subordinar o tempo de demora ás alterações que caracterisão a entorse. Si esta não for acompanhada de grande dor, e a inflammação que tiver sobrevindo horas depois não for intensa, o apparelho gessado ou silicatado não deve ser conservado por mais de 4 a 6 dias.

O doente que entrou este anno a 30 de Setembro para a enfermaria com entorse do punho era um individuo de 36 annos de idade, o qual achando-se ébrio escorregára do ultimo degráo de uma escada e cahira batendo com ambas as mãos fechadas sobre a calçada. A região radio-carpiana do lado direito não apresentava nenhuma lesão, mas a do lado esquerdo se achava augmentada de

volume, principalmente na parte correspondente á face dorsal, onde existia uma saliencia molle, elastica e depressivel logo acima da articulação. A pelle se achava rubra e a face dorsal da mão se apresentava excoriada.

O doente não podia executar nenhum movimento de flexão e de extensão do punho, mas levava a mão no sentido da pronação e supinação sem grande dôr. A pressão exercida acima da articulação era pouco sensivel mas provocava dôr intensa logo que era exercida no intersticio articular. As manobras feitas logo acima da articulação e tendentes a experimentar a resistencia offerecida pelo extremo inferior do radio, forão muito dolorosas, mas não fizerão descobrir falta alguma de resistencia na continuidade do osso.

A' vista d'esses signaes, não tive a menor duvida em estabelecer o diagnostico de uma entorse do punho, e apezar da ligeira tumefacção encontrada tratei de immobilisar a articulação por meio de um apparelho gessado, que alli apenas ficou em permanencia por espaço de seis dias. A inflammação cedêra, e as dôres cessárão completamente. Forão impressos alguns movimentos á articulação, e no fim de mais tres dias o doente sahiu restabelecido.

Em 30 de Abril do anno passsado (1875) occupou o leito n. 6 d'esta enfermaria um individuo de nome Lucas José Marques, de 45 annos de idade, cozinheiro de profissão, o qual escorregou de uma pequena escada, e cahira ficando a perna prêsa em um degráo e o corpo desviado em relação á articulação coxo-femoral, dando-se um verdadeiro movimento forçado de rotação, para fóra, d'essa articulação. Conduzido para o hospital e aqui examinado, eis o que encontrei: o membro abdominal direito se achava em abducção muito pronunciada, e o mais minucioso exame não revelou solução de continuidade em qualquer parte do corpo e extremidade superior do femur. O doente não podia levantar ou dobrar a côxa e qualquer movimento

impresso á articulação coxo-femoral era extremamente doloroso.

Foi immobilisado o membro em um apparelho contentivo ordinario de Laurencet (fig. 46 tom. I), e no dia 7 de Maio o doente sahio do hospital completamente restabelecido.

Os phenomenos de uma entorse coxo-femoral não podião aqui deixar de ser reconhecidos, e apenas sob a influencia da immobilisação da articulação tudo ficou dissipado no fim de 7 dias.

E' pois a esse meio ou à immobilisação da articulação tibio-tarsiana por meio de um apparelho gessado que recorrerei para tratar o doente que se acha actualmente debaixo de vossas vistas, e peço-vos que acompanheis a marcha da affecção e tomeis nota do resultado para que não possa ficar em vosso espirito a menor duvida sobre a efficacia desse tratamento.

Resultado.— Foi applicado o apparelho no dia 31 de Agosto, e no dia 24 de Setembro o doente teve a sua alta completamente restabelecido, e com todos os movimentos articulares.

TRIGESIMA NONA LIÇÃO.

LUXAÇÃO COXO-FEMORAL

SUMMARIO:—Historia de um doente de luxação coxo-femoral.—Phenomenos observados. —A data e o modo pelo qual se manifestára a affecção não permittião que esta fosse confundida com a arthrite, a coxalgia, etc.—Só se poderia pensar em fractura do collo do femur.—Diagnostico differencial entre luxação coxo-femoral e fractura do collo do femur.—Caso observado na clinica.—Generos da luxação coxo-femoral.—Condições caracteristicas de cada variedade.—Phenomenos proprios de cada variedade.—Caso de luxação ileo-iskyatica.—A variedade observada era de uma luxação para cima ou ileo-femoral.—Possibilidade da passagem da luxação-ileo-femoral para ileo-iskyatica.—Mecanismo da luxação ileo-femoral apresentada pelo doente da clinica.—Prognostico da luxação.—Desordens que se encontrão.—Necessidade de um diagnostico bem exacto. —Processo para a reducção.—Extensão pela tira elastica.—Difficuldade da reducção nas luxações antigas.—Causas que se oppõem á reducção.—O tempo médio para a reducção não deve exceder de dous mezes.

MEUS SENHORES,

Tivestes hontem 30 de Junho de 1875 occasião de observar um individuo de côr preta, de 40 annos de idade, bastante musculoso, e de constituição robusta, o qual acabava de ser recolhido a este serviço em virtude de um accidente que lhe occorrêra havia pouco mais de 24 horas. Elle referiu que recebendo o choque de um sacco de café de peso de 60 kilos sobre o lado direito do corpo fôra lançado por terra, d'onde não pudera mais levantar-se pelas dôres atrozes que sentia na articulação coxo-femoral direita e no membro abdominal correspondente. Um collega que fôra então chamado para vel-o, julgou que elle tinha uma fractura da côxa, e o mandou para este hospital afim de ser tratado.

Depois de descobertos ambos os membros abdominaes, o primeiro phenomeno que me impressionou, e para o qual chamei a

vossa attenção, foi o da attitude que apresentava o membro abdominal direito. Vistes que a perna se achava em meia flexão sobre a côxa, e que esta em adducção e em forte rotação para dentro formava no quarto inferior com o eixo daquella um angulo reentrante, e com o eixo do tronco um angulo saliente correspondente á articulação do mesmo lado.

Disse-vos por essa occasião que só essa attitude era bastante para eliminar de vosso espirito a idéa de uma fractura do femur em sua parte superior, quer extra quer intra capsular; mas que parecendo por ella que se tratava de uma luxação coxo-femoral, convinha apreciar os phenomenos objectivos que se fossem descobrindo afim de precisar com mais certeza o diagnostico.

Tratei de fazer com que o doente dobrasse o joelho sobre a côxa, o que foi impossivel; e quanto ao movimento da articulação coxo-femoral, nada teve logar que pudesse revelar a manifestação espontanea de qualquer movimento n'essa região, onde o membro abdominal parecia formar com a bacia uma peça unica e bem inteiriça. O doente pois não podia executar espontaneamente nenhum movimento na articulação coxo-femoral.

O terceiro phenomeno que vos fiz apreciar foi a deformação da região coxo-femoral. Essa deformação se traduzia por uma saliencia consideravel da nadega correspondente, de modo a apresentar um volume duplo do da nadega esquerda. A pelle não offerecia modificação em sua côr e calorificação. Apalpando-se o grande trochanter d'esse lado, elle parecia mais alto e mais proximo da espinha iliaca antero-superior do que o do lado opposto, e tirando-se da espinha iliaca de que acabei de vos fallar, uma linha para a tuberosidade iskiatica, segundo os preceitos dados pelo professor Nelaton, observava-se que essa linha passava a 2 centimetros abaixo do apice do grande trochanter ou perto de sua base. Para cima e adiante do grande trochanter, sentia-se um empastamento elastico, mas pouco sensivel; para traz d'elle

percebia-se uma parte mais dura e resistente, cercada de todos os lados até á tuberosidade iskiatica d'esse empastamento elastico de que acima fallei. Prendendo a côxa por sua parte média, e imprimindo movimentos ao grande trochanter, notava-se que elle não tinha nenhuma mobilidade anormal e que se achava fixo por modo que não podia ser afastado uma linha quer para diante, quer para traz. Levando a côxa sobre a bacia para provocar o movimento de flexão, determinavão-se dôres extraordinarias no doente, e nenhum movimento apreciavel se operava na articulação. Os movimentos tinhão logar na columna vertebral na sua união com a bacia.

As dôres que se revelavão por esses movimentos erão consideraveis e obrigavão o doente a pôr synergicamente em contracção todos os musculos pelvi-trochanterianos e da raiz da côxa, de modo a tornar mais proeminente a deformação da nadega e da fossa iliaca externa. Qualquer tentativa para determinar o movimento de adducção e de rotação externa, não produzia mais do que uma exaltação da sensibilidade na região coxo-femoral e na raiz da côxa. Não se descobriu, como vos fiz ver, nenhuma mobilidade anormal quer na côxa quer na perna, nem crepitação, nem echymosis, ou qualquer lesão que indicasse falta de integridade em qualquer dos ossos do mesmo membro. Quanto á sua extensão, nada se pôde obter, pois que não houve meio que fizesse com que o doente por um momento permittisse que se puzesse o membro em relação com o seu congenere, por modo a permittir uma medição que tivesse algum valor; apparentemente parecia mais curto, mas apreciada cada parte de per si não denotava que houvesse encurtamento. Em todo o caso esse signal não podia, depois dos phenomenos objectivos que forão encontrados, constituir um grande elemento para o diagnostico.

Seja como fôr, o doente em questão depois de uma quéda motivada pela pancada de um corpo do pezo de 60 kilos, que lhe cahiu sobre o tronco, apresentou os seguintes phenomenos:

1.º Adducção e rotação interna, em grão exagerado, do membro abdominal direito com ligeira flexão da perna sobre a côxa e d'esta sobre a bacia.

2.º Deformação consideravel da nadega e da região coxo-femoral, caracterisada por elevação ligeira do grande trochanter, pela aproximação da espinha iliaca antero-superior, e por saliencia notavel da nadega, onde a pelle conserva a sua côr natural, e onde, no ponto correspondente á grande chanfradura, encontra-se uma parte que se prolonga do grande trochanter, e como elle dura e resistente, e toda cercada de outras partes, que nos dão pela elasticidade a sensação de grandes massas musculares.

3.º Impossibilidade de imprimir movimento apreciavel á articulação coxo-femoral, onde o femur parece formar com a bacia uma peça inteiriça, sendo qualquer tentativa acompanhada de dôres que se tornão mais agudas em um ponto dado, mas que se irradião por toda a nadega e raiz da côxa.

De tudo isso o que se poderia concluir senão que elle tinha uma luxação coxo-femoral? O accidente era recente e dependente de uma causa traumatica, para que pensassemos em uma arthrite, em uma coxalgia, ou em um abscesso iliaco, affecções que aliás determinão outros phenomenos que se não observavão n'esse doente, sendo que a lesão d'este era por outro lado acompanhada de symptomas que não se dão naquellas affecções. Na fractura do collo do femur a abducção e rotação externa da côxa, de modo que a borda externa do pé repouse sobre a cama, como já vos tenho feito observar em diversos doentes que aqui têm entrado com esse genero de lesão, são phenomenos que só por excepção deixão de ser observados. E' preciso que a fractura seja acompanhada de encravamento e penetração do fragmento superior no inferior, para que se manifeste em taes casos a adducção, ou o membro se apresente em rotação para dentro.

Foi o que aconteceu em um doente que occupou por muito tempo o leito n. 24 desta enfermaria. Esse doente, em virtude

de uma quéda sobre os pés e sobre a nadega esquerda, foi conduzido para o hospital, onde depois do exame conveniente, forão encontrados os seguintes phenomenos: membro abdominal esquerdo em adducção consideravel, mas sem flexão, e á simples inspecção muito mais curto do que o seu congenere; impossibilidade de qualquer movimento espontaneo, e deformação da região coxo-femoral traduzida por uma saliencia da nadega respectiva; não havia excoriação, nem echymosis na região; os movimentos da articulação erão nimiamente dolorosos, e apenas se transmittião á saliencia que se notava na nadega. Os movimentos dirigidos sobre esta não se propagavão por um modo claro e preciso ao resto da côxa, e a pressão directa era muito dolorosa. A forma arredondada d'essa saliencia parecia que era propria da cabeça do femur, e este symptoma junto á adducção do membro me fez acreditar que se tratava de uma luxação coxo-femoral da variedade iskyatica.

Submetti o doente á acção do chloroformio, e, empregada a tira elastica para a reducção, vi pouco a pouco desfazer-se a deformação, e pensei então que o diagnostico não podia offerecer a menor difficuldade; mas, retirada a tira elastica, a deformação reproduziu-se de novo, e foi nessa occasião que reconheci que se tratava de uma fractura do collo do femur.

Já vos referi por occasião desse genero de lesão cirurgica (trigesima primeira lição, tom. I pag. 602) a historia de um caso identico que foi observado na clinica do professor Roux, em conferencia com Gerdy, Malgaigne e Marjolin, e por ahi podereis ver que se apresentão casos em que o diagnostico é muito difficil, e que só depois da applicação de certos meios é que pode ser definitivamente estabelecido.

Esses factos são, como vos disse, excepcionaes; mas não deveis esquecel-os, porque elles sempre lançarão muita luz sobre o diagnostico differencial entre as luxações coxo-femoraes e as fracturas do collo do femur.

Os symptomas observados no doente de hontem erão todos referentes á uma luxação coxo-femural, e nenhuma duvida podereis conservar a esse respeito, porque depois da reducção pelos meios de que vos fallarei d'aqui a pouco, a deformação não se reproduziu ; mas vós sabeis que ha mais de uma especie de luxação coxo-femoral.

Fig. 1.— Luxação coxo-femoral da variedade iskyo-pubiana.

A observação e as experiencias em cadaveres têm demonstrado com effeito que o femur é susceptivel de luxar-se para cima, para baixo, para traz e para diante. Os symptomas objectivos e subjectivos não são identicos em todas essas variedades de luxação coxo-femoral. Na variedade para baixo, chamada tambem *iskyo-pubiana*, a cabeça do femur, abandonando a cavidade cotyloide, vem occupar o buraco oval sobre o musculo obturador externo (fig. 1).

O membro em logar de se achar em adducção, como no doente de que me occupo, se apresenta em abducção, e ha um alongamento de 4 á 5 centimetros ; o grande trochanter é menos proeminente, de modo que a nadega se acha abatida, e na parte superior e interna da côxa se encontra uma concavidade, abaixo da qual se sente por meio de forte pressão a cabeça do osso. O tronco, do lado compromettido, se acha arqueado e levado para diante pelo psoas-iliaco.

Fig. 2.— Luxação coxo-femoral da variedade ileo-pubiana.

Em 1872 apresentou-se na clinica um individuo moço e vigoroso com essa especie de luxação coxo-femoral, produzida por uma quéda em que o membro abdominal esquerdo foi violentamente afastado do direito por uma trave.

Na luxação para dentro, chamada por Malgaigne *ileo-pelviana*, a cabeça do femur vem collocar-se em relação com a eminencia ileo-pectinea (fig. 2). Em uma antiga luxação d'esta especie,

disseccada ou preparada por A. Cooper e desenhada em sua obra, a cabeça e o collo do femur occupárão uma posição atrás do psoas-iliaco e do nervo crural anterior, e externa á arteria e veia cruraes. O ligamento capsular estava extremamente dilacerado e o ligamento redondo arrancado. Sobre os ramos ileo-pubianos uma nova cavidade tinha-se formado, repousando a cabeça do femur acima do nivel do pubis (fig. 3).

Fig. 3.— Luxação coxo-fomoral ileo-pubiana.

Os phenomenos que se encontrão n'esta especie de luxação se traduzem por encurtamento, abducção e rotação do membro para fóra, e achatamento da nadega correspondente. O encurtamento não passa de dous centimetros e meio, e a exploração faz descobrir uma saliencia ossea na região inguinal para fóra da arteria femoral, com todos os caracteres da cabeça do femur.

Essa especie de luxação é muitas vezes produzida por uma violencia em que o tronco é levado para traz, emquanto os membros se achão fortemente na extensão, ou então em virtude de uma rapida e exagerada extensão de um dos membros emquanto o tronco se acha firme. Em alguns casos excepcionaes a luxação é resultante de um movimento rapido de abducção combinado com a rotação para fóra.

Fig. 4.— Luxação coxo-femoral da variedade ileo-iskyatica.

Na luxação para traz, chamada ileo-iskyatica ou simplesmente iskyatica, a cabeça do femur é levada um pouco para cima e para traz, e vae-se pôr em relação com o musculo pyramidal (fig. 4).

Um doente de nome José Victorino, de 54 annos e que para esta enfermaria entrou a 2 de Maio do corrente anno de 1875, tinha todos os symptomas de uma luxação d'essa especie. Elle referiu,

como estareis lembrados, que sendo atirado ao chão por uma carroça, parecera-lhe que uma das rodas lhe passára por cima da côxa direita, mas a ausencia de qualquer escoriação n'esse membro me fez acreditar, como então vos disse a proposito d'esse caso, que uma das rodas da carroça apanhando o membro abdominal d'esse individuo imprimira-lhe um movimento exagerado de flexão contra a bacia, em virtude do qual se dera então a luxação.

Seja porém como fôr, eis aqui o que observei: o doente se achava em decubito lateral esquerdo, a nadega direita apresentava uma saliencia consideravel, e pela apalpação o trochanter do mesmo lado se achava mais proximo da espinha iliaca antero-superior do que o do lado esquerdo.

Uma linha metrica estendida da espinha iliaca antero-superior à ponta do cocyx passava perto da base do grande trochanter do lado direito, e longe ou acima do apice do lado esquerdo, e marcava 37 centimetros n'aquelle lado e 33 n'este. O membro direito se achava em *ligeira flexão* sobre a bacia, mas não apresentava-se *em abducção nem* em *adducção exagerada*. Uma medida metrica estendida desde a espinha iliaca antero-superior até á rotula marcava no lado direito 43 centimetros e no lado esquerdo 47. A contracção muscular não era muito pronunciada, e quando se mandava o doente estender a perna, elle o fazia, curvando ao mesmo tempo a columna vertebral, pelo que reconhecia-se logo que não se dava nenhum movimento na articulação coxo-femoral.

Pondo em relação todos os phenomenos observados nas tres especies de luxação que até aqui tenho-vos indicado, podereis ver que elles não se podem applicar ao caso que tivestes hontem occasião de observar.

Resta pois a luxação para cima, chamada iliaca.

Será a esta especie que se referia o caso que comvosco observei?

N'essa especie de luxação a cabeça do femur é levada para cima do reb rdo cotyloidiano e de encontro á fossa iliaca externa (fig. 5). No caso observado encontrão-se todos os symptomas referentes a esta especie de luxação. Ella se confunde muito com a luxação para traz ou iskyatica. Boyer considerava a luxação iskyatica como uma especie consecutiva á luxação iliaca; mas, assim como tivestes occasião de observar, n'esta a abducção, a rotação interna e a flexão são mais pronunciadas do

Fig. 5.— Luxação coxo-femoral da variedade-iliaca.

que na luxação para traz ou iskyatica, e nos dous doentes, cuja historia vos referi, eses symptomas erão de natureza a demonstrar a differença notavel entre essas duas especies de luxação.

Si é muito possivel converter uma luxação iliaca em luxação iskyatica, em vista de alguns exemplos referidos pelos autores, não se segue que uma seja a consequencia da outra, ou que só se dê uma luxação iskyatica depois de uma luxação iliaca.

O doente, de que me occupo, referiu, como estareis lembrados, que o accidente lhe sobreviera em virtude de ter sido lançado em terra por uma sacca de café do peso de 60 kilogrammas, pouco mais ou menos ; mas comprehendeis que a quéda só por si não explica a natureza da lesão. Qual teria sido pois o seu mecanismo, ou o modo pelo qual ella se produzira ? E' bem provavel que esse individuo, pelo genero de serviço que exercia, achando-se ligeiramente inclinado para diante, fosse n'esta attitude sorprehendido pelo peso que sobre o tronco lhe fôra arremessado, e então as forças que teve de pôr em acção para sustentar involuntariamente o equilibrio, e que devião em grande parte ser representadas pelos musculos pelvi-trochanterianos, não pudérão sustentar as flexões rapidas da articulação coxo-femoral, e a cabeça do femur rompendo a capsula viera então pôr-se em relação com a fossa iliaca externa.

O ponto até onde sóbe a cabeça do femur não se póde bem precisar no vivo, mas Malgaigne, por meio de experiencias a que se entregára afim de resolver essa questão, achára em onze preparações que a cabeça do femur vacilla entre uma linha e dous centimetros acima da espinha iliaca antero-superior e da chanfradura isckiatica.

No doente em questão parecia que a cabeça do femur se achava a 2 centimetros acima de uma linha que fosse dirigida da espinha iliaca superior ao buraco iskyatico.

Seja como fôr, o que não deveis esquecer é que uma luxação constitue um accidente muito sério, e um erro de diagnostico póde a esse respeito ser das mais tristes consequencias.

Não se póde dar uma luxação traumatica, sem que a capsula articular e muitos ligamentos importantes se dilacerem e se rompão, e os tecidos musculares e os vasos sejão contundidos e dilacerados em uma maior ou menor extensão ; e os accidentes que d'ahi resultão estarão em relação com as desordens que tiverem sido produzidas. Si a lesão fôr pois desconhecida, e o doente

livrar-se dos perigos que correu a sua vida, ainda assim ficará com uma enfermidade contra a qual podem ser infructiferos todos os meios que a arte põe á disposição do cirurgião.

Tudo devereis empregar para que uma luxação não vos passe desapercebida e seja confundida com outra lesão peri-articular, porque o resultado n'estas condições é quasi sempre favoravel. O que fiz para curar o doente? Tratei, como disse, de lançar mão dos meios tendentes a determinar a reducção de sua luxação. E como procedi? Passei em volta do perineo um lençol cujas pontas forão prêsas á uma grade d'este amphytheatro. Formei por este modo um laço destinado a exercer a contra-extensão. Envolvi depois o membro doente desde o pé até ao meio da côxa com uma camada de algodão que foi sustentada em toda a extensão por uma tira circular convenientemente apertada e com a qual constitui acima do joelho duas alças collocadas lateralmente, através das quaes passei diversas voltas de uma tira elastica que erão prêsas em outra grade collocada no lado diametralmente opposto á primeira. Essas voltas feitas com a tira elastica exercião o papel de força extensiva. Não fiz mais para a reducção d'essa luxação do que pôr em execução o meio proposto por Carlos Legros e Th. Anger para a reducção de todas as luxações traumaticas recentes.

A borracha ou gomma elastica é um meio que lucta energicamente e esgota em poucos instantes a acção muscular, principal agente das difficuldades de reducção em uma luxação, e a esse meio recorro de preferencia a qualquer outro.

Podeis empregar a borracha sob a fórma de tiras, ou de tubos; e, como tendes visto em muitos casos aqui na clinica, levo sómente a distenção da tira elastica a duplicar sómente o seu comprimento. Não se deve levar a distensão muito longe, afim de não se correr o risco de romper a tira ou o tubo elastico.

A applicação da tira foi mantida apenas por espaço de 15 minutos, no fim dos quaes por um ligeiro movimento de rotação

para fóra impresso á côxa do doente, senti logo o ruido caracteristico da entrada da cabeça do osso luxado em sua cavidade, e o desapparecimento instantaneo da saliencia anormal da região iliaca externa. Cortei as alças por onde foi passada a tira circular e mantive o membro no apparelho contentivo das fracturas da côxa (veja-se fig. 46, tomo I pag. 500).

Foi por esse mesmo processo que procurei reduzir a luxação iskyatica do doente que para aqui entrou no dia 2 de Maio d'este anno. A reducção se realisou no fim de 15 minutos, e no dia 27 d'aquelle mesmo mez o doente teve a sua alta, podendo andar com facilidade.

Desde que emprégo a tira elastica, ainda não deixei nas luxações recentes de obter em poucos minutos a sua reducção, sem esforço algum de minha parte e sem damno para os doentes.

A' vista pois dos resultados sempre vantajosos que tenho alcançado por meio das tiras ou tubos elasticos nas luxações recentes, torna-se absolutamente inutil entrar em considerações acêrca dos processos de que então se fazia uso. Só nos casos em que a luxação não seja recente ou não date de poucos dias é que podereis pensar em outros processos ou methodos de reducção. N'esses casos a impossibilidade da reducção quasi não depende mais da acção muscular. As modificações que se passão depois das novas relações que tem adquirido o osso luxado, constituem os agentes principaes da irreductibilidade, e então contra elles é preciso pôr em acção meios energicos como o apparelho de extensão de Mathieu, as machinas movidas por meio de cordas, roldanas, etc.

A questão mais importante sob o ponto de vista pratico é a que se refere ao tempo ou prazo que se deve marcar á uma luxação para que a sua reducção possa ser tentada com proveito.

Não é possivel estabelecer regras invariaveis a este respeito, e muitas circumstancias devem influir no resultado que se deseja alcançar.

Cada cirurgião marca uma épocha, segundo o exito que lhe tem dado a tentativa da reducção. Ast. Cooper dizia que nas circumstancias ordinarias a reducção de uma luxação coxo-femoral não devia ser tentada quando o accidente já datasse de dous mezes. Malgaigne refere entretanto o caso de uma reducção effectuada no fim de um anno. Fergusson marca como limite tres semanas. E' conveniente pois fazer sempre alguma tentativa, sem ir entretanto ao ponto de exercer uma intervenção que possa acarretar accidentes graves. O periodo de pouco mais de um anno em que já foi tentada e realizada com successo a reducção, constitue o limite além do qual não será prudente passar. Os casos de reducção no fim de um e dous mezes são em numero sufficiente para que não se deixem de empregar os meios que a arte põe à nossa disposição.

QUADRAGESIMA LIÇÃO.

LUXAÇÃO HUMERO-CUBITAL POSTERIOR.

SUMMARIO: — Inconveniente dos erros resultantes da falta de diagnostico nos casos de luxação. — Necessidade de conhecimentos theoricos e praticos. — Historia de um doente affectado de luxação humero-cubital posterior. — Phenomenos apresentados pelo doente: — Explorações praticadas. — Resultado do exame. — Diagnostico differencial entre a luxação humero-cubital para traz e a fractura do cotovello. — Signaes distinctivos d'essas duas especies de lesão. — Necessidade de reduzir desde logo a luxação no doente observado. — Manobras empregadas. — Resultado alcançado. — Cuidados consecutivos. — Manutenção da reducção. — Accidentes de uma luxação. — Necessidade de prevenir a inflammação. — Attitude em que o braço deve ser mantido. — Phenomenos consecutivos. — Rigidez articular. — Meios de combatel-a. — Considerações sobre o mecanismo da luxação no doente observado. — Consequencias das luxações do cotovello não reduzidas. — Historia de um doente. — Conclusão.

MEUS SENHORES,

Uma ou outra vez tereis occasião de observar n'este serviço certas lesões cirurgicas traduzidas pela mudança e perda de relação das superficies articulares dos ossos, ás quaes se dá o nome de luxação.

Não ha talvez classe de affecção cirurgica que exija mais attenção, e cujo erro de diagnostico seja mais prejudicial e que mais comprometta a reputação de um medico, do que a que se refere ás luxações. Dada uma luxação, de duas uma: ou ella deixa de ser reconhecida a principio, mas depois de algum tempo é susceptivel de reducção, ou data de muito tempo e a reducção não póde mais ser alcançada; no primeiro caso, o doente, pela ignorancia do cirurgião, é victima de longos e penosos soffrimentos, sem motivo que os justifique, no segundo, ficará por toda a vida aleijado ou enfermo, sem recursos que melhorem o seu estado precario!

Os erros ou faltas, que se commettem em taes casos, dependem, como muito bem diz o professor Gosselin, da insufficiencia de conhecimentos praticos, os quaes só podem ser adquiridos por aquelles que frequentão os hospitaes, seguem com attenção o que nelles se passa, e ouvem os conselhos da experiencia!

Se vos fiardes em que os haveis de alcançar com a leitura dos tratados classicos, passareis por amargas illusões, pois que os dados para um perfeito diagnostico são por tal modo cercados de minucias e considerações sobre o mecanismo, causas e disposições pathologicas das partes, que cahireis em enganos sempre deploraveis, a menos que por vós mesmos não chegueis a gravar no espirito os principaes caracteres da lesão.

Levado por todas essas considerações desejo chamar ou attrahir hoje a vossa attenção para o caso que tendes ou se acha debaixo de vossas vistas.

Ao concluir hontem 10 de Maio de 1877 a conferencia sobre as explorações da uretra nos casos de difficuldade na emissão das ourinas, fui avisado de que acabava de entrar para esta enfermaria um individuo que sendo victima de uma quéda se apresentava com uma lesão que tinha sua séde no cotovello. Dirigi-me logo para o leito n. 10 onde se achava o doente designado, e ahi encontrei um individuo de 45 annos de idade, italiano, que mal sabia fallar o portuguez, mas de quem, antes por signaes do que por meio de respostas precisas, soube que cahira sobre o cotovello.

As dores que sentia n'essa região erão consideraveis, e examinando-a verifiquei o seguinte:

1.° Deformação consideravel da região humero-cubital esquerda caracterisada por augmento de volume principalmente da parte anterior e interna da prega do braço, e por disposição cylindrica da mesma região, isto é, em logar de ser maior o diametro transverso do que o diametro antero-posterior, parecia que este, se não era maior, tinha a mesma extensão d'aquelle;

2.º Flexão em angulo obtuso do antebraço sobre o braço, e diminuição no comprimento d'aquelle, que se achava ao mesmo tempo em pronação;

3.º Extincção da prega natural anterior da articulação do cotovello e saliencia consideravel na parte posterior e superior da tróchlea humeral;

4.º Impossibilidade por parte do doente de executar qualquer movimento do antebraço sobre o braço desse lado;

5.º Ausencia de qualquer solução de continuidade nos tecidos, e somente algum rubor na pelle correspondente á região lesada;

6.º Desenvolvimento de dores agudas quer espontaneamente quer quando se imprimia qualquer movimento ao antebraço.

Levado sómente pelo conhecimento d'esses phenomenos nenhum cirurgião estaria desde logo habilitado a formular o diagnostico; poderia apenas presumir que se tratava de uma contusão, de uma entorse, de uma fractura peri-articular ou de uma luxação, mas para elucidar a questão precisava alcançar os signaes certos da verdadeira affecção.

Vistes como então procedi: percorri com os meus dedos os dous ossos do antebraço desde a parte inferior ou carpiana até perto da articulação do cotovello; depois fixei o extremo superior do mesmo antebraço com a mão esquerda, e procurando com a direita imprimir movimentos em sentidos diversos, não encontrei ali nem mobilidade anormal nem crepitação; os mesmos signaes negativos forão observados por meio da exploração do extremo inferior do braço. Foi pois excluida do diagnostico a existencia de fractura peri-articular. Não é muito facil estabelecer o diagnostico de uma fractura perto da articulação do cotovello, e principalmente distinguir a fractura da luxação; é o grande escôlho da pratica — tomar uma luxação do cotovello por uma fractura, e vice-versa, e por isso, ainda que não possaes alcançar os signaes de fractura, verificae se podeis obter os da luxacção: é assim que podereis sahir das difficuldades que tereis muitas vezes

de encontrar; e depois reflecti sobre qualquer signal que houverdes alcançado, pesae o seo valor real, e procurae obtel-o uma e mais veses.

Passando pois ao exame menucioso das partes visinhas e da propria articulação, eis o que notei:

1.º A saliencia da parte posterior do braço era muito pronunciada e solida, participava dos movimentos de rotação do ante-braço, não deixava duvida de que era formada pela olecrana, e ao mesmo tempo deu-me a certeza de que esta não estava fracturada;

2.º A região, logo acima d'essa saliencia, podia ser deprimida profundamente, de modo a indicar a existencia de uma fossa, que normalmente não se observa;

3.º A região externa e superior do ante-braço offerecia uma ligeira saliencia em que se conhecião os caracteres da cupula epicondyliana do radio, cujo eixo prolongado para cima formava um angulo reentrante para fóra com o eixo do braço;

4.º Emfim, os movimentos de flexão e extensão erão limitados; mas os movimentos de lateralidade que não existem, como sabeis na articulação do cotovello, podião ser levados a ponto de pôr o ante-braço pelo seu bordo externo em angulo quasi recto com o braço.

Em presença desses quatro signaes tão positivos, não tive duvida em diagnosticar a existencia de *uma luxação do cotovello para trás*.

Com que poderia confundir-se essa lesão? Sómente com uma fractura; mas, como vos disse, no caso de que me occupo não se revelou nenhum dos caracteres que lhe são proprios: na fractura do cotovello com effeito o braço é que deveria apresentar-se mais curto, e entretanto no caso em questão era o antebraço. E' certo que não apreciei o encurtamento pela medida metrica, mas elle era evidente. Na fractura a prega do braço *sóbe acima do intersticio articular*, quando na luxação *se acha abaixo*. Si a-

tumefacção da articulação não permittia que essa prega fosse bem apreciavel, pude com tudo descobrir uma saliencia resistente sobre a parte anterior e superior do antebraço quando procurei pôr este em extenção.

Tal foi o importante caso que tivestes hontem occasião de observar, mas sobre cujas particularidades não vos fallei logo, por já ter terminado a minha lição do dia; e por que não podia tambem reserval-o para que todos vós apreciasseis os caracteres da lesão, visto como se tornava urgente tirar o doente das condições afflictivas em que se achava, e assim estabelecido o diagnostico, procedi logo á operação que se tornava necessaria, e que consistio, como sabeis, na reducção e na manutenção das partes pela immobilisação da articulação.

Com esse intuito, assentei-me na borda da cama em que se achava o doente, e depois de ter ordenado ao interno do serviço que sustentasse o braço, levei o meu pé esquerdo ao concavo axillar do mesmo doente e com a mão direita agarrando o antebraço na parte inferior, trouxe-o pouco a pouco em extensão, ao passo que com a esquerda tratei de impellir a cabeça do humero para cima, e a olecrana para baixo, manobras estas que forão logo seguidas de um ruido especial ouvido por todos os alumnos que se achavão perto do doente, e que me indicou desde logo que a reducção havia sido obtida. Com effeito, retirada a mão que estava sobre a parte anterior do cotovello, a deformação que este offerecia antes das manobras havia cessado, bem como a saliencia posterior do braço e principalmente a da parte antero-interna e superior do antebraço.

Como pretendia apresentar-vos hoje a historia deste caso, me limitei a applicar um apparelho provisorio que consistiu em uma tala de madeira bem acolxoada tanto na parte anterior como na posterior do membro respectivo, e que se estendia desde a parte inferior do braço até á mão, tudo seguro por algumas voltas de atadura circular.

O doente acaba de me referir que teve algumas dores porém supportaveis, e que o que mais lhe tem encommodado é o apparelho pelo peso que experimenta no braço. Não tinha tenção de deixal-o, ainda mesmo que o doente nada mais soffresse, visto que não se achava nas condições mais convenientes para os casos desta ordem.

Façamos pois retirar o apparelho. O que observaes commigo? Perfeita disposição na forma da região ; nenhuma saliencia e depressões anormaes, caracteristicas e proprias da luxação ; a região parece ainda um pouco entumecida e mais volumosa do que a do lado direito.

O que se observa de anormal,e que entretanto hontem não existia, é uma vasta ecchymosis desde a parte antero-interna e superior do ante-braço até perto do concavo axillar. A que é devido esse phenomeno? Dir-vos-hei daqui a pouco.

Vêde que eu posso levar o antebraço do doente em flexão e extensão sem se manifestar deformação alguma. Não exagero sem duvida esses movimentos por que disto não resultaria vantagem, e antes traria máo resultado augmentando o traumatismo e dispertando a irritação das partes; mas por ventura poderia fazer esses movimentos se acaso se tratasse de uma fractura do cotovello que datasse de 24 horas, sem que a deformação se reproduzisse? Por certo que não.

Confirmado ainda uma vez o diagnostico, o que resta fazer?

Preencher por um modo conveniente a segunda indicação de que vos fallei ha pouco, e que consiste em manter a reducção.

Sabeis, meus senhores, que uma luxação traz comsigo a ruptura mais ou menos extensa da capsula articular, que póde ser seguida de inflammação ou de phenomenos de uma arthrite mais ou menos intensa si não se tem o cuidado de pôr a articulação na maior immobilidade possivel. Quando a reducção da luxação temse realisado, e a articulação é mantida convenientemente, a reparação das desordens se effectúa, mas ainda assim a mobilidade articular ou os movimentos proprios da articulação ficão perdidos

ou muito limitados, por modo que se torna preciso que o cirurgião preste para isto toda a sua attenção, afim de que o doente não se veja privado do uso do membro que fôra séde da lesão. Si em verdade eu deixasse o braço deste doente em extensão e immobilisado, como deve ficar por alguns dias, iria encontrar uma rigidez articular que levaria tempo em ser destruida ou modificada, e durante todo esse tempo o doente não poderia preencher com o seu braço certos misteres proprios de sua profissão de engraxador, e outros que são muito uteis e prestimosos, como o de levar a mão á bocca, á cabeça, etc.

O cirurgião pratico sabe em que attitude deve manter o braço depois de uma luxação do cotovello, mas vós que apenas iniciaes os vossos estudos, ao deixardes estes bancos, podereis ser chamados logo para tratar um caso dessa ordem, e sendo feliz para alcançardes a reducção, como é sempre o medico que sabe reconhecer a luxação recente do cotovello, talvez que tivesseis duvida em relação á posição que deveries dar ao braço do vosso doente.

A attitude em que devereis manter o braço que é a séde de uma luxação do cotovello, *será sempre a da flexão em angulo recto do antebraço sobre o braço*, salvas as excepções dependentes de complicações que se tiverem dado com a luxação.

E' nessa attitude que será mantido o braço de nosso doente. Como vêdes, da flexão em que colloquei o seu antebraço, não resultou a reproducção da luxação. Só poderies ter receio de que isto acontecesse se eu exagerasse grandemente a flexão.

Revestirei agora todo o membro deste doente, desde a mão até á parte media do braço, de uma espessa camada de algodão, e de um apparelho amidonado, que será conservado por 15 a 20 dias até que as desordens das partes tenhão sido reparadas, ou que a ausencia de dôr por meio da pressão tenha feito cessar qualquer receio de explosão de uma arthrite.

E' nas luxações do cotovello que a tumefacção e mesmo a inflammação articular póde adquirir gráos insolitos, e vistes neste

doente que, datando a lesão apenas de uma hora, já o cotovello apresentava-se grandemente augmentado de volume, como facilmente se verificava comparando-o com o do lado opposto. Tivesse a lesão passado desapercebida, ou considerada como de outra especie, já a reducção não teria sido tão facil, e teriamos desde então de luctar com os phenomenos de uma inflammação aguda!

Chamei a vossa attenção para a vasta acchymosis que se estendia da parte interna e superior do ante-braço até perto do concavo axillar. Que significação tem esse phenomeno, a não ser para vos mostrar que forão notaveis as desordens nas partes que cercão a articulação e que se deu a ruptura de grande numero de capillares sanguineos?

Agora que a luxação se acha reduzida, e a parte immobilisada pelo apparelho amidonado, tudo marchará bem ; a arthrite não se manifestará, e a vasta ecchymosis ha de dissipar-se.

Entretanto com as infiltrações plasticas resultantes da irritabilidade produzida pela ruptura da capsula e dos vasos capillares da região se manifestará na articulação certa rigidez que difficultará os movimentos de flexão e principalmente os de extensão do braço do doente. Eis ahi um phenomeno consecutivo ás luxações que não deve dar-vos grande preocupação, pois que com cuidado e perseverança o dissipareis no fim de alguns dias, obrigando o vosso doente a executar com o braço a flexão e extensão, e n'elle praticando vós mesmos esses movimentos uma e mais vezes por dia, si fôr possivel.

Não terminarei estas pequenas considerações que apenas servirão, meus senhores, para pôr-vos de sobreaviso em casos identicos e conhecer o caminho que tendes de percorrer, sem chamar a vossa attenção para certos phenomenos que aqui se derão e que não são muito communs n'esta especie de lesão, ou que servem para confirmar ou corroborar a opinião de alguns autores sobre o mecanismo da luxação do cotovello.

Em primeiro logar, o nosso doente é um individuo que parece ter 55 annos de idade, e não é muito commum observar-se n'essa idade a luxação do cotovello. As estatisticas demonstrão que esse genero de lesão é raro nos velhos, e commum na puberdade e na adolescencia, sendo já menos frequente na idade média da vida. Assim em 47 luxações, Malgaigne achou 6 para os individuos de 10 a 15 annos, 16 para os de 15 a 25; 18 para os de 25 a 45; 4 para os 45 a 60, e 3 para os de 60 a 72.

Em uma pratica de 18 annos, tenho visto alguns casos de luxação do cotovello, antiga e não reduzida; e aqui no hospital onde me acho á testa d'este serviço como professor desde 1864, é o primeiro caso de luxação do cotovello que tenho a opportunidade de observar, e esse mesmo é em um individuo que já tem passado dos 50 annos de idade! Portanto, fiados em que sómente os adolescentes ou moços são mais sujeitos á luxação do cotovello, não deixeis de observar si existe esse genero de lesão, ainda que se trate de um velho. O caso em questão constituirá um exemplo que sempre deveis conservar em lembrança.

Em segundo logar, quando questionei ou indaguei do doente a respeito do modo pelo qual se déra o accidente, estareis lembrados de que elle por meias palavras e signaes me fez ver que, levantando-se de um pequeno banco em que estava assentado com sua caixa de engraxador, cahira sobre o cotovello soffrendo o antebraço que se achava em flexão um movimento de torsão para dentro. E' sempre por este modo que na opinião de alguns autores se dão as luxações do cotovello. J. L. Petit, Desault, Bichat, e Boyer julgavão entretanto que para se dar essa luxação era principalmente necessario que o antebraço estivesse em extensão ou apenas em ligeira flexão, e que o individuo cahisse sobre a mão; mas, depois dos estudos de Malgaigne a este respeito, ficou fóra de duvida que ao menos na generalidade dos casos a flexão e a torsão lateral do antebraço sobre o braço acarretão a ruptura dos ligamentos lateraes e que as superficies articulares livres e

levadas pelo impulso rompem por seu lado a capsula, e vencendo a resistencia offerecida pelos musculos brachial e biceps soffrem a luxação. (Fig. 6.)

Foi provavelmente por este mecanismo que teve logar a luxação em nosso doente.

Em terceiro logar emfim vistes o meio que empreguei para alcançar a reducção da luxação, e apreciastes a facilidade com que essa reducção foi obtida. Será sempre assim? Quanto ao meio ou podereis em casos identicos empregar o mesmo de que lancei mão, ou o substituireis pelo processo classico que consiste em afastar do tronco o braço doente, e collocando o vosso joelho perto do cotovello ou parte inferior do braço, trareis com as mãos appli-

Fig. 6. — Luxação humero-cubital posterior. Relações que adquirem as superficies articulares neste genero de luxação.

cadas ao antebraço lesado as partes por modo que as suas relações sejão restabelecidas. Um ou mais ajudantes vos poderão auxiliar n'essas manobras, encarregando-se da extensão e da contra-extensão, e reservando-vos para exercer as funcções que se tornarem necessarias.

Quanto á reducção, todos os cirurgiões são accordes em admittir que ella, quando a luxação é recente, não offerece a menor difficuldade, mas passados 15 ou 30 dias os meios ou processos simples e brandos são insufficientes, e os obstaculos podem tornar-se insuperaveis.

Nunca se me riscou da lembrança um doente que fôra victima de uma luxação do cotovello para trás, no qual esta lesão que

havia sido desconhecida e tratada como uma fractura, déra em resultado uma união tão intima do antebraço com o braço que estas duas partes formavão uma peça inteiriça; e, como a união do braço com o antebraço tinha-se realizado no sentido da extensão, resultára d'ahi que esse individuo não podia deitar o chapéo na cabeça nem levar alimentos á boca por meio da mão correspondente, nem mesmo escrever facilmente por ser o braço direito o compromettido, e ficar em condições de não poder ser utilisado para os mais communs misteres da vida.

Mas, obtida a reducção de uma luxação do cotovello, é preciso que não vos esqueçais nunca de immobilisar a articulação por alguns dias. Lembrai-vos sempre de que uma luxação em articulação d'essa ordem não tem logar sem grande ruptura dos meios que retem as superficies articulares, e é por esta razão que tambem a reducção é pouco difficil; entretanto a inflammação consecutiva póde ser intensa e de consequencias graves.

Não ha muito tempo que tive de vêr um doente que soffrera de uma luxação do cotovello para trás, a qual fôra reduzida com facilidade, mas, não tendo sido immobilisada a articulação convenientemente, resultára d'ahi uma arthrite violenta para cuja resolução fôra preciso o emprego de meios energicos e que muito augmentárão os soffrimentos do doente.

A applicação de um apparelho amidonado ou gommado, como fiz no nosso doente, será sufficiente para impedir á manifestação de um accidente d'esta ordem.

QUADRAGESIMA PRIMEIRA LIÇÃO

LUXAÇÕES ESCAPULO-HUMERAES

SUMMARIO:—Observação de um caso de luxação escapulo-humeral.—Descripção dos phenomenos apresentados pelo doente e que servirão para o diagnostico dessa ordem de lesão cirurgica.—Divisão das luxações escapulo-humeraes em traumaticas, congeniaes, pathologicas ou espontaneas.—Exemplo de um caso de luxação pathologica ou espontanea.—Raridade das luxações congeniaes e pathologicas.—Genero de luxação offerecida pelo doente.—Os quatro generos de luxação escapulo-humeral em que cada especie é dividida, offerecem diversas variedades.—Descripção das variedades de luxação escapulo-humeral.—Symptomas distinctivos dessas variedades.—Casos observados na clinica.—Variedades mais frequentes.—Causas das luxações escapulo-humeraes.—Mecanismo das luxações nos casos observados.—Indicações a preencher.—Facilidade da reducção em um caso.—Manobras exercidas.—Comparação dos diversos processos de reducção.—Apparelhos que se podem applicar depois da reducção.—Conclusão.

MEUS SENHORES,

Encontrais no leito n. 4 desta enfermaria um individuo de côr preta, de 38 annos de idade, de constituição athletica, que apresentou-se aqui no dia 8 de Julho do corrente anno (1874) com um accidente cirurgico da articulação escapulo-humeral direita, para o qual chamei desde logo a vossa attenção, por isso que tinha de sujeitar esse individuo a manobras cirurgicas reclamadas pela lesão que nelle se observava.

Recapitulando hoje todas as circumstancias do facto, tratarei sobretudo do diagnostico differencial entre essas lesões e outras da mesma classe, e dos meios de que se poderá lançar mão em semelhantes circumstancias.

Esse individuo trabalhava no dia, em que para aqui entrou, a bordo de um navio, em cujo porão arrumava saccas de café, que

pesavão de 50 a 60 kilogrammas, quando uma das que estavão accumuladas na boca da escotilha, resvallou do logar em que se achava, e foi de encontro á espadua direita desse homem, que no mesmo instante cahiu por terra, e sentiu uma dôr atroz na articulação escapulo-humeral, ficando impossibilitado de executar com o membro respectivo o menor movimento.

Recolhido a este hospital, o individuo em questão apresentava no dia 9, em que o vi pela primeira vez, os seguintes phenomenos: o membro que tinha soffrido o accidente, com o ante-braço em meia flexão era sustentado pela mão do lado opposto e se achava separado da base do peito e em pronação forçada, de modo que o epicondilo estava dirigido para a parte anterior e interna, a epitrochlea para a parte posterior e externa, e a olecrana directamente para diante.

A espadua se achava deformada ou achatada, e de fórma quadrangular, de modo que em cima se notava o acromion bastante saliente, e logo abaixo uma depressão onde em vão se procurava a saliencia que é constituida pela cabeça do humero. Comprimindo-se todo o contorno da articulação, não se encontrava essa parte do osso, quando o braço se achava em direcção parallela ao tronco; mas quando se elevava o cotovello de modo a ficar em angulo recto com o thorax, percebia-se então na parte anterior do concavo axillar uma saliencia anormal mais ou menos arredondada, a qual, seguindo os movimentos de ligeira rotação impressos ao membro, fazia reconhecer que ella continuava com esta parte, e era constituida pela cabeça do humero.

Os movimentos de adducção e abducção com esse braço erão voluntariamente impossiveis, e, quando eu os provocava mesmo ligeiramente, o doente accusava bastante dôr em toda a região compromettida. Se o braço achava-se mais comprido ou mais curto do que o do lado opposto, foi este um facto que me esqueci de verificar, mas notastes commigo que, quando se imprimião ao braço movimentos de rotação para dentro e para fóra, sentia-se

na parte superior do humero uma crepitação semelhante a que é dada por ossos fracturados quando são os seus extremos postos em collisão, phenomeno esse de muita importancia relativamente ao diagnostico do genero de lesão que apresentava esse individuo.

Nenhuma outra perturbação funccional ou organica alli se notava, e pelos caracteres dos symptomas que vos indiquei, qualquer cirurgião esclarecido veria nelles os signaes positivos da *luxação escapulo-humeral* ; mas nem sempre esta lesão se apresenta com caracteres tão evidentes. Algumas vezes, em consequencia da gordura do individuo ou da inflammação que se desenvolve debaixo da influencia do accidente ou das causas que lhe derão origem, a região escapulo-humeral se apresenta nimiamente tumefacta, de modo que não se póde perceber distinctamente a depressão sub-acromial, nem conhecer com evidencia as relações precisas da cabeça do humero com a cavidade glenoide do omoplata ; porém, como nestas ultimas condições o primeiro dever do cirurgião é combater os accidentes inflammatorios, para então recorrer ao emprego de quaesquer meios cirurgicos directos, não vejo inconveniente em guardar para esse tempo o diagnostico positivo da lesão. Entretanto na ausencia de caracteres bem evidentes, só podereis confundir uma lesão dessa ordem com as fracturas do collo ou da cabeça do humero ; mas neste ultimo caso não se torna tão perceptivel a depressão ou achatamento sub-acromial como quando existe a luxação escapulo-humeral. Si a inflammação ou tumefacção tiver mascarado estes phenomenos, observareis tambem que nas fracturas do collo do humero a saliencia ossea que se encontra no concavo axillar é de fórma irregular ou desigual, e podem-se exercer com o membro movimentos impossiveis nos casos de luxação. Além disto ha constantemente encurtamento do membro, ao passo que nas luxações mais frequentes do humero dá-se o alongamento.

Apresentava-se portanto esse doente com a lesão cirurgica que é conhecida debaixo do nome de *luxação escapulo-humeral*. Sabeis que essas luxações são de tres ordens, traumaticas, congeniaes e pathologicas ou espontaneas, por isso que esta ultima especie depende das alterações dos tecidos que entrão na composição da articulação, em virtude das quaes a cabeça do humero é expellida da cavidade que normalmente a contém.

Ainda se acha no leito n. 14 um individuo de nome Constantino, preto, solteiro e trabalhador de profissão, o qual entrára para ésta enfermaria no dia 14 de Maio do corrente anno (1874) com uma luxação escapulo-humeral sub-espinhosa, que pódia ser incluida na ordem das luxações espontaneas. Esse doente, como estareis lembrados, referiu que tendo sido accommettido de dores rheumaticas da articulação escapulo-humeral de ambos os lados, ficou depois de longo tratamento com a articulação do lado esquerdo mais entumecida, e que ultimamente, sem violencia ou traumatismo de qualquer especie, sentiu alguma dôr na respectiva articulação, acompanhada de impossibilidade de movimentos no braço e de sahida da cabeça do osso de sua cavidade articular.

A lesão se caracterisava por saliencia consideravel do acromion, achatamento da espadua, saliencia notavel formada por uma parte densa e arredondada abaixo do angulo do acromion, depressão pronunciada entre este e a apophyse coracoide, com rotação interna do braço e applicação deste ao longo do tronco.

O comprimento do braço neste lado era um centimetro maior do que o do lado opposto.

São entretanto raras as luxações congeniaes e pathologicas ou espontaneas; e só tenho presentemente em vista fallar-vos das luxações traumaticas, sendo desta ordem a que apresentava certamente o doente de que me occupo. Mas, como sabeis, a luxação escapulo-humeral traumatica offerece diversos generos, e, ainda que sobre este ponto os pathologistas não estejão de perfeito accôrdo, e se encontre mais de uma classificação, todavia parece

bem estabelecido que o humero póde luxar-se para baixo e para dentro, ou para diante, para trás e para cima.

Este ultimo genero é excessivamente raro, por isso que é preciso que o traumat smo seja violento, ou destrúa a abobada ossea formada pelo acromion e apophyse coracoide com os respectivos ligamentos, ou então que actúe por modo tal que a cabeça do humero seja levada de dentro para fóra em distancia consideravel.

Fig. 7. — Luxação escapulo-humeral sub-glenoidiana.

Esses quatro generos ainda apresentão diversas variedades, segundo as relações que guarda a cabeça do humero com as partes contiguas: ora na luxação do primeiro genero a cabeça do humero se acha inteiramente por baixo da apophyse coracoide e fórma a *luxação sub-coracoidiana,* ora essa parte desce mais e se colloca debaixo da cavidade *glenoide*, e constitue a luxação chamada por Goyrand *sub-glenoidiana* (fig. 7.)

Quando a cabeça do humero se desloca para diante ou para dentro, e constitue o segundo genero de luxação, ora ella fica em

quasi toda a sua extensão para dentro da apophyse coracoidiana, e dá em resultado a luxação chamada por Malgaigne *intra-coracoidiana,* ora se dirige mais para cima e collocando-se debaixo da clavicula fórma a luxação *sub-clavicular.* No terceiro genero ou na luxação para trás, tem ainda sido notadas duas variedades chamadas *sub-acromial* e *sub-espinhosa* (fig. 8); e no quarto genero ha a luxação *supra-acromial.*

Os symptomas notados no doente só se poderião referir á variedade da luxação para baixo chamada sub-coracoidiana ou á

Fig. 8. — Luxação escapulo-humeral sub-espinhosa.

da luxação para dentro ou para diante, chamada intra-coracoidiana.

Como pois se distinguirá clinicamente a luxação *sub-coracoidiana* da *intra-coracoidiana*, e em qual destas duas variedades se deveria incluir a luxação do doente que aqui se acha em tratamento?

Essa distincção pouca importancia offereceria, si de seu conhecimento não se deduzissem os preceitos necessarios para as manobras da reducção; e si não a applico ás outras variedades de

luxações é porque indiquei somente as que se apresentão com mais frequencia, e entre as quaes podia estar comprehendida a luxação do doente em questão.

Não me alongarei em considerações sobre estas duas variedades de luxação: quero apenas indicar, sob o ponto de vista da pratica cirurgica, os signaes que vos possão ser uteis, e guiar-vos em vossa clinica futura, estabelecendo os caracteres distinctivos dessas duas variedades muito frequentes de luxação escapulo-humeral.

No dia 17 de Março do anno passado entrou para esta enfermaria, onde occupou o leito n.º 33, um individuo de nome Luiz Antonio da Silva, branco, brasileiro, de 26 annos de edade, solteiro e trabalhador de profissão, o qual referira que no dia 27 do mez antecedente tendo levado uma queda sobre a espadua direita sentira uma grande dôr nessa região, acompanhada da impossibilidade de executar com o braço qualquer movimento, pelo que estivera aos cuidados de diversos medicos; e que, como não tivesse obtido allivio, viera recolher-se a este hospital.

Retirada a camisa do doente, eis ahi o que tive ensejo de notar: deformação da região escapulo-humeral direita, caracterisada por achatamento da espadua e saliencia do acromion; a pelle não tinha alteração alguma, nem aquella região era séde de qualquer tumefacção; o braço se apresentava afastado do tronco em ligeira rotação interna, e, visto de perfil, o seo eixo offerecia uma curva externa que terminava no ponto de insersão do deltoide; qualquer movimento para aproximar-se o braço do tronco era acompanhado de dores intoleraveis. Logo abaixo do acromion podião-se depremir os tecidos sem encontrar-se ou attingir-se entretanto a cavidade glenoide; e levantando-se o braço e examinando-se o concavo axillar encontrava-se *logo á flôr da pelle* uma saliencia dura e resistente constituida pela cabeça do humero. A' simples inspecção, o braço direito parecia mais longo do que o esquerdo, mas estendendo-se uma fita metrica do acromion até ao

epicondylo, tanto de um como de outro lado vi que ambos os braços tinhão 35 centimetros de comprimento.

Na luxação *sub-coracoidiana* o acromion apresenta-se saliente, e logo abaixo ha achatamento da espadua, de modo que se póde deprimir sem resistencia o musculo deltoide de encontro á cavidade glenoide ; o cotovello se acha mais ou menos afastado do tronco, e o membro, ora em rotação para dentro ora para fóra, não obedece aos movimentos voluntarios senão em gráo mui limitado.

Sem mesmo elevar o braço, encontra-se no concavo axillar mui superficialmente collocado um tumor duro e arredondado constituido pela cabeça do humero.

Na *luxação intra-coracoidiana* observão-se quasi todos esses signaes, mas é preciso elevar fortemente o braço de modo a formar um angulo recto com o tronco, para que se possa encontrar a cabeça do osso, circumstancia esta já indicada por Asthley Cooper, e considerada por este cirurgião celebre como signal de luxação do humero para baixo, quando é bem certo que nas variedades desta luxação a cabeça do osso, tendo abandonado a cavidade natural, proemina no concavo axillar, onde póde ser encontrada sem difficuldade alguma; ao passo que na luxação intra-coracoidiana a cabeça do humero é levada para dentro da apophyse coracoide na extenção de metade ou de tres quartos de seu diametro, e não póde ser encontrada senão quando é abaixada pela elevação do cotovello.

Estareis lembrados de que, quando procurei no doente em questão a cabeça do humero luxado no concavo axillar, não a pude encontrar emquanto o braço conservou-se quasi parallelo ao tronco ; mas o mesmo não succedeu desde o momento em que tratei de elevar o cotovello: ella então apresentou-se no concavo axillar tão superficialmente collocada como si se tratasse da luxação sub-coracoidiana.

As causas que dão geralmente em resultado as duas variedades mais frequentes de luxação escapulo-humeral servirão

ainda aqui para esclarecer o diagnostico differencial. Em geral, como já tive occasião de dizer-vos, as luxações da espadua se fazem constantemente quando os individuos cahem sobre a mão ou sobre o cotovello, tendo o membro separado do tronco, ou então quando o braço é levado violentamente para trás ou para cima, além dos limites naturaes dos movimentos; mas nestes casos a capsula rompe-se adiante e em baixo, e a cabeça do humero, passando pela fenda alli formada, é levada para baixo da apophyse

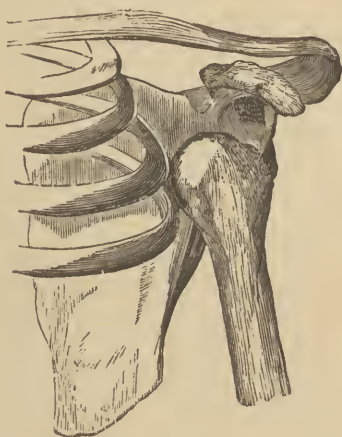



Fig. 9. — Luxação escapulo-humeral sub-coracoidiana.

coracoidiana, e dá em resultado a *luxação sub-coracoidiana* (fig. 9.)

A luxação intra-coracoidiana, pelo contrario, não é geralmente produzida por estas causas; ella resulta das pancadas ou quédas sobre a parte externa da espadua, como aconteceu ao doente que aqui se acha.

Dupuytren negava que os accidentes de tal ordem podessem produzir as luxações do humero, e desconhecia tanto a variedade intra-coracoidiana que, quando os individuos apresentavão-se com

luxações do humero e dizião ter cahido sobre a espadua, elle attribuia este facto á dôr que aquelles experimentavão nesta parte, e continuava a asseverar que a quéda devia ter sido sobre a mão ou sobre o cotovello, de modo que esse grande cirurgião, apezar da confissão dos doentes, não acreditava que as pancadas ou quédas sobre a espadua déssem em resultado as luxações de humero. Em 44 casos de luxação escapulo-humeral, indicados no *Systema de cirurgia* de Holmes, 18 forão produzidos por quédas ou pancadas sobre a espadua; 5 por quédas sobre o cotovello, 10 por quédas sobre a mão e os 11 restantes por causas duvidosas ou de natureza excepcional. Além de ter sido bem averiguado que a luxação intra-coracoidiana é na generalidade dos casos devida a quédas ou pancadas violentas sobre a espadua, accresce que ella apresenta um phenomeno que não se observa senão excepcionalmente na luxação sub-coracoidiana; — é essa crepitação manifesta, a qual foi indicada pela primeira vez por Velpeau, e que desde então tem sido verificada por quasi todos os cirurgiões. E' bastante algumas vezes, para percebêl-a, apenas elevar o braço, ou produzir com o membro o movimento de rotação externa e interna ou de circumducção, e, conforme tem sido demonstrado pela anatomia pathologica, esse phenomeno é devido constantemente á fractura do trochiter ou grande tuberosidade do humero.

No doente de que me occupo, percebia-se distinctamente a crepitação, e este signal reunido aos outros de que fallei, servio para estabelecer positivamente o diagnostico de uma *luxação escapulo-humeral intra-coracoidiana.*

Emfim a frequencia d'esta ultima variedade de luxação muito concorrerá para em caso de duvida esclarecer o diagnostico. Na verdade, de todas essas variedades a mais commum ou frequente, a que se observa 60 a 70 vezes sobre 100 é a variedade chamada por Malgaigne *intra-coracoidiana*, e por Velpeaul *sub-escapular*. Depois desta, a que é mais vezes observada é a *sub-coracoidiana*, assim chamada porque a cabeça do humero se acha

immediatamente abaixo da apophyse coracoide, cuja ponta ella excede, e proemina adiante na metade de sua extensão. Em relação á *luxação intra-coracoidiana*, a cabeça do humero se dirige para baixo e para dentro da apophyse coracoidiana, o mais profundamente possivel, de modo a corresponder á face interna do omoplata e á segunda costella (fig. 10.).

Reconhecida a luxação no doente de que me occupo, tratei, meus senhores, de preencher as indicações que erão reclamadas por esse caso, e que consistião na reducção immediata da luxação e na

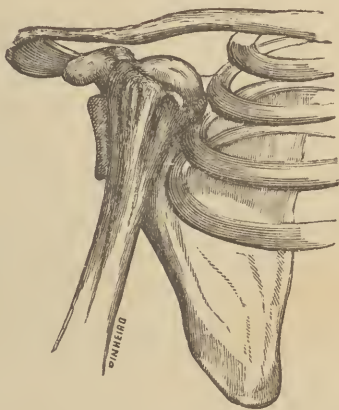



Fig. 10. — Luxação escapulo-humeral intra-coracoidiana.

immobilisação do membro respectivo até que ficasse consolidada ou reparada a abertura por onde passára a cabeça do humero.

Não ignoraes que são numerosos os processos de que o cirurgião póde dispôr para a reducção das luxações escapulo-humeraes. A extensão e a contra-extensão por meio de ajudantes ou de apparelhos não devem ser empregadas senão quando tratar-se de luxações antigas, ou daquellas em que os meios brandos, por causa das contracções musculares, tornarem-se improficuos.

No doente de luxação escapulo-humeral sub-caracoidiana, cuja historia vos referi a proposito do diagnostico differencial entre

essa variedade e a intra-coracoidiana, me servi, para a reducção, da tira elastica proposta por Legros e Th. Anger (fig. 11) ; e ainda que a luxação já datasse de 18 dias, a reducção se realisou com summa facilidade no fim de 20 minutos. Fiz assentar o doente em um tamborete, e sobre o braço direito passei, depois de envolvel-o em uma camada de algodão, uma atadura circular desde a mão até perto da axilla, (3) tendo o cuidado de pôr em meia flexão a articulação humero-cubital. Com a tira circular deixei logo acima do cotovello (2,2) uma alça destinada a passar a tira de borra-

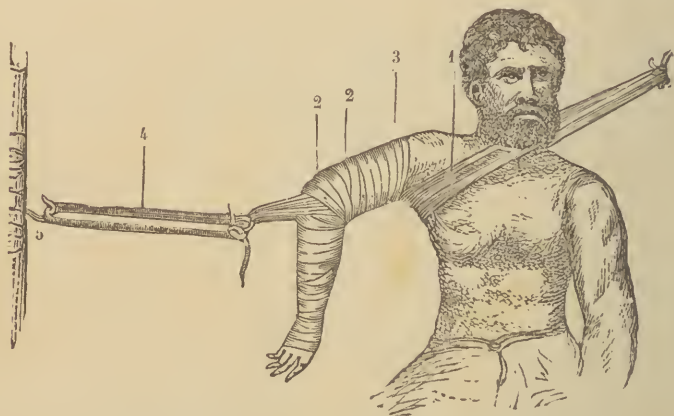



Fig. 11. — Disposições em que se achão as tiras e tubos de gomma elastica na reducção das luxações escapulo-humeraes.

cha, tornando-a bem firme para que não escorregasse, nem deixasse de ter logar a conveniente extensão. Em volta do braço do doente passei uma larga atadura ou laço contra extensivo (1) cujas pontas forão fixadas a uma argolla da grade deste amphytheatro. Pela alça que formei no cotovello passei a tira de borracha (4) que prendi a uma outra argolla (5) que se achava no lado opposto da primeira. Passados 20 minutos, como vos disse, appliquei os meos dedos á cabeça do osso, e, sob a influencia de um ligeiro impulso para cima, ella entrou na cavidade glenoide, provocando um

ruido que não me deixou duvida de que a reducção se tinha effectuado.

Ja tinheis apreciado não sómente n'esse como em alguns outros casos de luxação os resultados alcançados por meio da tira elastica; por isso me propuz no caso de que me occupo a lançar mão de outros processos.

Tive dous doentes nos quaes um simples movimento de extensão combinado com a propulsão foi sufficiente para determinar a reducção da luxação.

O primeiro foi o do doente de luxação espontanea escapulo-humeral sub-espinhosa. Pratiquei a extensão do braço, e, exercendo alguma pressão sobre a saliencia constituida pela cabeça do osso, obtive immediatamente a reducção; e como a luxação se manifestasse de novo, no dia seguinte, tornei a reduzil-a. Appliquei, logo após o apparelho de Velpeau, com o qual o doente ficou por espaço de 28 dias, tendo sahido no fim de mais uma semana, em que ficou de observação, completamente restabelecido.

O segundo caso dêo-se com um individuo de nome Jorge Lembourg, francez, de 25 annos de edade, o qual entrou em 8 de Outubro de 1873 com uma luxação escapulo-humeral sub-coracoidiana do lado esquerdo.

Na occasião do exame, quando procurava reconhecer a posição exacta da cabeça do humero para estabelecer o diagnostico preciso da variedade da luxação, com a simples pressão a reducção se effectuou.

No caso actual, a simples extensão combinada com a propulsão não me deu resultado algum, e então tratei de ver se reduzia a luxação fazendo, depois de ter o doente assentado sobre um banco, com que um ajudante levasse um pouco o extremo inferior do braço affectado ao nivel da cavidade glenoide, ao passo que, collocado atrás da espadua do doente, procurava immobilisal-a com a mão esquerda ao mesmo tempo que com os dedos da mão direita comprimia a cabeça do humero um pouco para fóra e para trás;

mas, não tendo por este processo obtido resultado algum em consequencia da resistencia opposta pela contracção muscular, deixei o doente ainda assentado sobre o banco, e, com o fim de diminuir a tensão ou resistencia dos numerosos musculos da região affectada, elevei o extremo inferior do braço do doente o mais alto possivel, como tem sido aconselhado por Motte e Malgaigne. Então collo-

Fig. 12. — Attitude e posição do cirurgião e do doente na reducção da luxação escapulo-humeral por meio do joelho.

cando o pé sobre a borda do banco, levei o joelho á axilla, contra a qual o apoiei, e depois de fixar com a mão esquerda a espadua, fiz descer o braço exercendo sobre elle uma extensão moderada e um movimento de rotação externa, dirigindo ao mesmo tempo o cotovello para a parte anterior do tronco (fig. 12.) Nenhum resultado colhi ainda deste segundo processo; entretanto com qualquer delles já em alguns casos de luxação escapulo-humeral tenho com

extrema facilidade obtido a reducção. Em regra geral, em logar do joelho sirvo-me do antebraço passado pelo concavo axillar para firmar a espadua e manobrar o braço do doente á semelhança de uma alavanca, e só quando dahi não alcanço resultado favoravel é que faço deitar o doente sobre o leito perto da borda, e sirvo-me do pé applicado á axilla para sustentar a espadua e obrar como meio contra-extensivo e centro dos movimentos impressos ao braço. Qualquer destes processos póde ser empregado com vantagem, e algumas vezes a mão em logar do pé é sufficiente; mas no doente de que me occupo, a resistencia muscular era grande, e, despertando bastante sensibilidade, me deixaria ainda sem resultado positivo si acaso tentasse o emprego de qualquer destes dous processos sem o soccorro de agentes que nullificassem aquella acção. Debaixo destas vistas resolvi pois submetter esse doente á acção do chloroformio. Sei que as reducções de luxação são justamente as operações em que os cirurgiões repugnão empregar o chloroformio, pois que são tambem aquellas em que este agente tem mais vezes determinado a morte; entretanto não quer isto dizer que se deva abster do emprego dos anesthesicos. A administração destes agentes deve limitar-se aos casos em que a contracção espasmodica dos musculos opponha-se á reducção, como aqui, ou n'aquelles em que a luxação data de alguns dias ou de algum tempo, e as parte têm de soffrer tracção bastante dolorosa por meio de apparelhos, para que adquirão as suas relações normaes. Os exemplos fataes que se encontrão nos annaes scientificos servirão sempre para que redobreis de precauções no emprego do chloroformio, e não o administreis em todos os casos.

Seja como fôr, conduzido o doente para a mesa das operações neste amphytheatro, liguei á parte inferior do braço por meio de algumas voltas de atadura um lençol dobrado convenientemente até apresentar apenas a largura de quatro dedos transversos, afim de servir para as manobras da extensão, e depois de ter passado outro sobre o concavo axillar, destinado á contra-extensão,

tratei de administrar o chloroformio por inhalações graduadas, e, logo que obtive o periodo de completa anesthesia, ordenei que dous ajudantes sustentassem as pontas do lençol passado pelo concavo axillar, e tres outros fizessem a extensão gradual, a principio na direcção do eixo do membro, e depois de mais a mais para fóra atè que o braço seguisse o eixo da cavidade glenoide, emquanto que eu collocado na parte externa da espadua, teria de levar a cabeça do humero para tràs e um pouco para cima até que ella entrasse em sua respectiva cavidade.

Todas estas manobras foram coroadas do mais feliz resultado: trazendo com as mãos o extremo superior do humero para fóra ao mesmo tempo que exercia movimento rapido de rotação de dentro para fóra, fiz com que a cabeça do osso immediatamente viesse occupar a posição normal, do que fui avisado pelo ruido particular que se ouve em semelhantes condições.

Os ajudantes por um signal meu deixárão immediatamente de fazer a extensão, logo que tratei de executar a reducção, e depois que esta foi obtida passei o lenço de Mayor à roda do membro, que foi conservado nesse apparelho por espaço de 20 dias, no fim dos quaes tratei de regularisar os movimentos da articulação, tendo o doente obtido alta no dia 8 de Agosto completamente restabelecido.

QUADRAGESIMA SEGUNDA LIÇÃO

LUXAÇÕES ACROMIO E STERNO-CLAVICULARES

SUMMARIO: — Historia de dous doentes de luxação acromio-clavicular. — Phenomenos que caracterisavão a lesão. — Diagnostico differencial entre a luxação escapulo-humeral fractura da clavicula e luxação acromio-clavicular. — Differença entre os phenomenos apresentados pelos dous doentes. — Tratamento a empregar em casos de luxação dessa ordem. — Difficuldades em manter-se a reducção. — Causas dessas difficuldades. — Meios de removel-as. — Torniquete de Petit. — Vantagens dos apparelhos de Velpeau. — Historia de um doente de luxação sterno-clavicular. — Phenomenos observados. — Causas e mecanismo da luxação sterno-clavicular. — Influencia da direcção da causa sobre o genero da luxação. — Direcção do deslocamento. — Genero da luxação observada no doente. — Inconvenientes da falta de reducção exacta. — Apparelho de Desault.

MEUS SENHORES,

Por uma circumstancia toda fortuita achão-se n'esta enfermaria dous casos de luxação das mais raras que se podem encontrar.

As causas que actuão sobre a espadua e se propagão com mais ou menos violencia até á clavicula, produzem em geral a fractura deste osso. Nos dous doentes em logar da fractura manifestou-se a luxação acromio-clavicular.

O primeiro doente entrou no dia 3 e o outro hontem 12 do corrente mez de Agosto (1879). Um tem 40 annos de edade e o outro 31. Ambos são solteiros, e um é pedreiro e o outro trabalhador de profissão.

O que se acha aqui debaixo de vossas vistas, chama-se Innocencio Ferreira de Oliveira. Elle referio-me que estando ha 13 dias trabalhando sobre um andaime de 5 metros mais ou

menos de altura, a taboa sobre que se achava desprendera-se, e dahi resultára cahir sobre o lado direito vindo com a espadua a bater no sólo cujo calçamento era constituido por pedra de alvenaria de superficie muito desigual. Logo apóz a quéda sentiu dor fortissima na articulação escapulo-humeral e embaraço nos movimentos do braço direito, pelo que foi obrigado a deixar o seu trabalho.

Foi em taes condições procurar um medico que lhe aconselhou o repouso, mas não tendo durante 13 dias alcançado vantagem alguma, tomou a resolução de entrar para este hospital.

Passando a examinal-o, eis aqui o que pude encontrar: o membro thoracico direito, em meia flexão e fortemente approximado do tronco, achava-se em um nivel mais baixo que o seo congenere. No hombro, adiante da apophyse acromial notava-se uma depressão mais ou menos arredondado de 2 centimetros de diametro aproximadamente.

Immediatamente para o lado interno d'esta depressão notava-se uma saliencia de forma espherica, de diametro igual ao da depressão, e de consistencia ossea. Essa salliencia diminuia consideravelmente, tornando-se quasi nulla, quando o doente praticava o movimento de elevação do hombro. Não existia para a pelle alteração alguma nem de cor nem de estructura. Procedendo ao exame observei que essa saliencia obedecia aos movimentos que eu n'ella impremia para a parte anterior e posterior, despertando dôr ao doente. Percorrendo com os dedos o corpo da clavicula desde a sua extremidade sternal até á extremidade acromial, nada notei que me indicasse uma solucção de continuidade d'esse osso; entretanto havia para fóra d'essa saliencia uma depressão sensivel. Apalpando a saliencia reconheci ali os caracteres da cabeça da clavicula e imprimindo diversos movimentos á articulação escapulo-humeral nada notei de anormal. Introduzindo alguns dos meus dedos profundamente no concavo axillar não pude encontrar a cabeça do humero.

Mandando que o doente levantasse a espadua, elle executou este movimento, como tambem poude levar a mão á cabeça, á espadua opposta, e á região dorsal. Todos esses movimentos erão porém executados vagarosamente.

Qual será pois a lesão que apresenta este doente? Será uma luxação escapulo-humeral? Não; na luxação escapulo-humeral o braço se acha quasi sempre affastado do tronco, e o inverso se dá no caso actual.

Na luxação escapulo-humeral o doente não consegue nem com muito esforço collocar sua mão na cabeça, na espadua opposta e nas costas; entretanto já vos disse que o meu doente executou esses movimentos.

Bazeado, pois, n'estas razões, exclui do diagnostico tal affecção e attendendo a outros symptomas vi que a lezão tinha sua séde na clavicula; resta determinal-a.

Em que ponto ella então existiria?

Não seria no corpo do osso, porque percorrendo todos os pontos de sua extensão, não encontrei falta de resistencia ou mobilidade anormal que indicasse a existencia de uma solução de continuidade, nem despertei dôr alguma quando exerci pressão em todo o comprimento d'aquelle osso.

Além disto quando ha fractura, medindo-se a clavicula desde a extremidade sternal até a extremidade acromial, verifica-se uma diminuição de comprimento, comparado com o do lado opposto.

Só a fractura da extremidade acromial da clavicula é que poderia ser confundida com uma luxação desse genero; mas n'aquelle caso os movimentos dirigidos sobre o extremo acromial não se communicão ao resto do osso, e *vice-versa*. Na fractura em que se dá uma saliencia deverá haver diminuição no comprimento do osso. No caso em questão não havia; logo não se acha debaixo da minha observação um caso de fractura acromial, tanto mais quanto não ha dôr em um ponto perto da saliencia.

Por occasião do exame a que procedi vos fiz notar que ao nivel do acromion existia uma depressão seguida de uma elevação com os caracteres da cabeça da clavicula e além disso comparando com o que se observa no lado opposto notastes que ahi o ponto symetrico com a depressão corresponde ás articulações acromio-clavicular e coraco-clavicular.

Além disso o unico movimento de que se acha privado este doente é o de circumduccão para o qual tambem concorre a alavanca clavicular. Bazeado nisto estabeleci o diagnostico de uma luxação da extremidade da clavicula, ou acromio-clavicular.

As causas desse genero de lesão são, como vos disse, determinadas por alguma violencia applicada á espadua.

No segundo doente de que vos fallei, a luxação fôra produzida por uma quéda sobre a espadua direita. Esse individuo de nome Antonio Martins de Azevedo, achava-se em um wagon da estrada de ferro onde trabalhava, quando o trem partindo inesperadamente o impellira e o fizera cahir sobre o lado da estrada, sentindo na occasião da quéda dor intensa na articulação escapulo-humeral.

Conduzido logo para o hospital, ao examinal-o no dia seguinte notei : augmento de volume e grande tumefacção da parte superior e postero-externa da espadua direita, a qual se achava em um nivel inferior á do lado opposto. A pelle estava excoriada em grande parte sobre a espadua e ecchymosada em alguns pontos, e o braço estava augmentado de volume e apresentava vastas e extensas escoriações. A apalpação e pressão exercidas sobre todas essas partes provocavão algumas dores. No meio dos tecidos tumefactos, nem havia saliencias nem depressões anormaes. Percorrendo todos pontos da articulação escapulo-humeral, comprimindo e executando ao mesmo tempo movimentos com o braço, nunca pude circumscrever a cabeça do humero, e nem na extremidade superior d'este osso encontrei falta de resistencia ou qualquer ruido de crepitação. Pelos mesmos meios não consegui

descobrir qualquer solução de continuidade no omoplata ou clavicula; sómente quando cheguei com os dedos á extremidade acromial da clavicula notei que esta se achava affastada na distancia de 2 a 3 centimetros do acromion, deixando um espaço no qual os dedos podião deprimir os tecidos facilmente.

O doente executava com o braço movimentos de projecção para diante para traz, e tambem os de adducção ou abducção, mas todos elles com muita difficuldade.

Os caracteres da lesão apresentada pelo doente a que me refiro não erão absolutamente semelhantes aos da lesão apresentada pelo doente que aqui se acha, mas elles caracterisavão tambem uma luxação acromio-clavicular, em que se notava mais uma condição morbida representada pela contusão dos tecidos que circumdavão a articulação escapulo-humeral.

No doente que entrou ha 10 dias para aqui e se acha em tratamento a clavicula se apresentava com sua extremidade externa separada do acromion e em nivel superior; no doente que tendes debaixo das vistas, a extremidade acromial da clavicula se acha acima do acromion, mas entre uma e outra superficie articular não ha separação apreciavel.

Em ambos os casos o acromio se achava em um nivel inferior e anterior do extremo clavicular e dava em resultado a luxação chamada por J. L. Petit-*supra acromial*. Em alguns casos se tem encontrado uma disposição inversa, e então esta especie de luxação foi designada com o nome de infra-acromial.

Por minha parte nunca tive occasião de observar esta especie de luxação, e Boyer nega que ella possa manifestar-se.

Ha porém um caso bem positivo desta especie de luxação, referida segundo o professor Sedillot, por Mello, cirurgião portuguez, no qual a extremidade escapular da clavicula tinha sido deprimida e levada por baixo do acromio, em cuja face inferior existia uma pequena fossa ou depressão.

Tournel, cirurgião do hospital de Cambrai, publicou nos *Archivos geraes de medicina* a observação de um caso identico.

Todas estas particularidades não vos devem ser desconhecidas, porque influem sobre o prognostico e meios de que sereis obrigados a lançar mão.

A que causas são devidas as luxações acromio-claviculares? Em ambos os doentes a lesão se manifestou em virtude de uma quéda sobre a espadua.

Em taes condições a ponta do acromion é levada para baixo e para diante, e a clavicula, impellida pelo peso do corpo augmentado pela velocidade da quéda, é levada violentamente por sua extremidade externa em sentido opposto ou para fóra e para tráz, dando-se ao mesmo tempo a ruptura dos ligamentos que prendem o acromion á clavicula, e esta á primeira costella.

Boyer fazia intervir para a manifestação da luxação duas forças, das quaes uma representada pela resistencia do sólo e velocidade da quéda impellia o omoplata para baixo e para diante, e a outra devida á contracção do trapezio arrastava a clavicula para cima.

Asthley Coaper negava que a contracção muscular tivesse alguma influencia sobre o mecanismo da luxação e achava que era preciso unicamente que a quéda tivesse logar sobre o acromion em uma direcção perpendicular ao eixo da clavicula e á sua articulação sternal.

Na generalidade dos casos o prognostico não offerece nenhuma gravidade. O doente não soffre cousa alguma em sua saude; por meu lado, os que tenho observado ainda não deixárão de readquirir todos os movimentos, e obter uma cura em que não se percebia a mais insignificante deformidade ou saliencia do extremo acromial.

Seja como fôr, o que convêm fazer no caso que aqui se acha em vossa presença? Sem duvida empregarei os mesmos meios de que me servi no outro doente que está em tratamento; isto é:

immobilisarei o membro e procurarei obrigar a extremidade deslocada da clavicula a tomar de novo a sua posição anatomica. Neste intuito applicarei o apparelho de Velpeau, ao qual addicionarei uma compressa de algodão ao nivel da saliencia constítuida pela clavicula.

Não é facil manter a clavicula em sua posição natural, não só por causa da pouca espessura da superficie articular e disposição obliqua que apresenta, como pela contracção da porção clavicular do trapesio ; entretanto quando a coaptação é convenientemente estabelecida, os extremos osseos no fim de algum tempo se adaptão, e qualquer saliencia se desfaz perfeitamente bem.

Se a separação entre as extremidades articulares fosse muito grande, poderieis lançar mão do torniquete de Petit como o fez Laugier em um caso desta ordem.

Mas não é sómente a extremidade acromial da clavicula que é susceptivel de uma luxação ; a extremidade sternal desse osso pode tambem luxar-se como tivestes occasião de observar ha pouco tempo em um individuo que occupou o leito n. 6 desta enfermaria.

O doente em questão era um individuo de nome Militão, escravo, solteiro, de 36 annos de idade, de constituição forte. Elle referio que no dia 10 de Maio do corrente anno (1879) trabalhava em um armazem de café, quando uma pilha de saccos cheios desse genero cahiu sobre elle e o lançàra por terra.

Além dos phenomenos proprios das facturas da 6.ª e 7.ª costellas do lado esquerdo e do collo de femur do mesmo lado, notava-se mais o seguinte: na parte anterior e superior do tronco e no ponto correspondente á articulação externo—clavicular direita, uma deformação ou saliencia dirigida para fóra e um pouco para cima, a qual tinha todos os caracteres da extremidade interna da clavicula. A espadua respectiva se achava mais aproximada da linha mediana do que a esquerda e os concavos infra e supra claviculares se achavão bem desenhados.

Procurando-se levar a espadua para traz, a saliencia junta á furcula sternal se exagerava grandemente, e por si o doente não executava com o braço senão movimentos muito limitados.

A lesão que apresentava esse doente só poderia ser confundida com uma fractura da extremidade sternal da clavicula.

Se reflectirdes, porém, que na luxação o movimento impresso á extremidade externa da clavicula é transmittido á extremidade interna que se move em sentido contrario; que nesta lesão não ha crepitação, e que, além de tudo, existe uma saliencia com a forma da extremidade luxada, não tereis duvida em excluir de todo a idéa de fractura.

Não ha difficuldade em conhecer o mecanismo ou modo pelo qual teve logar a luxação sterno-clavicular deste doente. Com effeito é muito provavel que elle sendo impellido pelas saccas de café, o côto da espadua batendo de encontro ao sólo fosse levada violentamente para baixo e um pouco para traz. Se a força actuasse sobre a espadua como em um doente de Pellieux levando-a para dentro e para diante, terieis a luxação sterno-clavicular para traz; e se a espadua fosse levada violentamenta para traz, a luxação seria parà diante. E' nestes tres sentidos que se manifesta a luxação sterno-clavicular, isto é: para diante, para traz, e para cima.

No doente de que vos fallo, a luxação era para diante e um pouco para cima, de modo a se dar a combinação do primenro com o terceiro genero.

Assim, como vos disse, as luxações da clavicula são muito raras, e em regra geral as violencias que são dirigidas sobre ella déterminão a sua fractura, de modo que Bichat dizia que esta se achava para com aquella na proporção de 6 para 1.

Em relação a frequencia das luxações em si mesmas, alguns, como J. L. Petit, julgavão que as luxações sterno-claviculares erão mais frequentes do que as luxações acromio-claviculares; outros sustentão o contrario, pelo que se pode concluir que é tão

frequente um como o outro genero. Se por um lado a extremidade sternal da clavicula é mais volumosa e gosa de muita mobilidade, por modo que a luxação poderia ser mais facil do que na extremidade externa em que as superficies articulares são mais intimas e presas por fortes ligamentos como o acromio e coraco claviculares, por outro lado a mesma extremidade sternal apresenta um genero de articulação por encaixe reciproco, que obsta a que as extremidades articulares se affastem uma da outra, ao passo que na extremidade acromial as superficies articulares são talhadas obliquamente e são sujeitas a escorregarem uma sobre a outra se não fossem os ligamentos que as prendem intimamente.

Seja como for, a luxação sterno-clavicular é uma daquellas em que se encontrão maiores difficuldades em manter a reducção. Em um homem a falta de reducção exacta da luxação, e a presença da saliencia sternal da clavicula, não causão embaraço algum nos movimentos do braço, e a deformidade pode ser subtrahida á vista ; mas em uma mulher torna-se preciso empregar todos os meios para que a reducção seja alcançada e mantida com a maior perfeição.

Em dous casos que tenho observado em minha clinica particular limitei-me a empregar o apparelho de Desault (fig. 61, tomo I pag. 676), e foi a esse apparelho que recorri no caso de que vos fallo.

O resultado, como vistes, foi satisfactorio ; o doente sahiu restabelecido não só das fracturas do cóllo do femur e costellas, como tambem da luxação sterno-clavicular.

QUADRAGESIMA TERCEIRA LIÇÃO

DA ARTHRITE TRAUMATICA E ESPONTANEA

SUMMARIO: — Effeitos das violencias articulares. — Historia de um doente de arthrite traumatica de joelho direito.—Phenomenos observados.—Exame da região affectada.—Diagnostico entre a arthrite e a inflammação peri-articular.—Existencia de derramamento no interior da articulação.—Distincção entre o derramamento seroso ou synovial e purulento.—Phenomenos proprios da arthrite purulenta.—E' preciso distinguir a arthrite exsudativa da arthrite purulenta.—Historia de um caso desta ultima especie observado no anno anterior.—Causa que detreminára a affecção.—Symptomas que se manifestárão.—Marcha e tratamento.—Resultado obtido com as injecções intra-articulares da solução de hydrato de chloral.—Differença dos symptomas e marcha da arthrite exsudativa e purulenta.—Caracteres indicativos da communicação do interior da articulação com o exterior.—Evoluçao dos phenomenos em uma arthrite suppurada.—Causas da gravidade.— Frequencia da febre septicemica.—No doente de arthrite-exsudativa não é de esperar a suppuração.—Indicações a preencher.—Vantagens da immobilisação.—Apparelho amidonado,—Emprego do aspirador de Dieulafoy contra o derramamento arihritico.—Pode-se observar a terminação pela forma chronica.--Historia de um doente de arthrite chronica.—Diagnostico entre a arlhrite chronica, o tumor branco e outras affecções articulares chronicas.—Tratamento da arthrite chronica.—Tratamento da arthrite suppurada.—Discussão dos direitos de prioridade no emprego das injecções do hydrato de chloral na arthrite suppurada.

MEUS SENHORES,

As violencias ou traumatismos articulares podem provocar nas articulações um trabalho irritativo e inflammatorio a que se dá o nome de *arthrite*.

No leito n. 7. tendes um doente de nome Francisco José da Silva, o qual entrou para esta enfermaria hontem 14 de Setembro 1874 para se tratar de uma inflammação sobrevinda no joelho direito depois de uma quéda que dera e em virtude da qual batera com esse joelho sobre a calçada da rua. O doente é de constituição fraca, de temperamento lymphatico, e se acha profundamente anemico; tem 27 annos de edade, é solteiro e trabalhador de profissão.

Depois de ouvir a sua historia, conforme acabei de vos referir, fiz descobril-o e eis aqui o que notei: o joelho direito se achava muito augmentado de volume; a pelle que o cobria achava-se rubra, e com uma temperatura bem sensivel; havia dores espontaneas e que se exacerbavão grandemente pela pressão; a perna se conservava em extensão, e não existia reacção geral.

Como procedi para conhecer si se tratava de uma inflammação articular ou de uma arthrite? Em primeiro logar appliquei o meu dedo sobre a rotula, e exercendo uma ligeira pressão despertei bastante dôr, e em segundo logar notei que qualquer movimento impresso á articulação era excessivamente doloroso.

Si houvesse unicamente inflammação peri-articular ou dos tecidos existentes ao redor da articulação, a dôr seria manifesta, mas não conservaria a mesma intensidade, quer movendo a articulação, quer comprimindo os tecidos.

Neste caso a compressão dos tecidos era toleravel, mas qualquer movimento sobre a articulação ou sobre a rotula despertava pelo contrario bastante dôr!

Além disto só em uma affecção articular é que a rotula se affasta das superficeis articulares, e quando appliquei os meus dedos e comprimi a rotula, notei que este osso se achava separado das superficies condylianas do femur.

Appliquei então as minhas mãos acima e abaixo da rotula nos pontos correspondentes aos fundos de sacco da synovial, e destacando então o meu dedo indicador da mão direita, e comprimindo com elle a região correspondente á rotula, não só senti uma ondulação ou fluctuação manifesta, como pude abaixar esse osso, e confirmar a idéa que tinha de que elle se achava affastado, por uma camada liquida, das superficies condylianas.

O doente tem pois uma inflammação articular que em virtude da causa que a provocou, tem o nome de arthrite traumatica, e apresenta ainda um derramamento na articulação, o qual se reconhece pela fluctuação que alli se sente.

De que natureza será esse derramamento? Será purulento ou seroso? Em outras palavras, trata-se de uma arthrite que tenha terminado pela suppuração, ou apenas o doente soffre de uma arthrite chamada hydropica? São questões estas de uma grande importancia pratica, porque sobre o diagnostico tereis de basear a vossa therapeutica.

A data da molestia exclue toda e qualquer idéa de uma arthrite purulenta, e si não houvesse esse elemento importantissimo e de grande valor, poderies assegurar e ter a certeza de que a arthrite não era purulenta, por que não existe reacção febril. E' absolutamente impossivel que uma arthrite termine pela suppuração sem que se manifeste, além de dores intensissimas, um augmento notavel da temperatura acompanhado de sêde, anorexia, etc.

Não quero com isto dizer que sempre que a arthrite fôr acompanhada de recção febril, haja terminação por suppuração; não. Além da febre, ha na arthrite suppurada uma infiltração plastica nos tecidos peri-articulares, e o phenomeno da fluctuação purulenta que nos dá uma sensação muito diversa da fluctuação que chamarei antes ondulação das collecções serosas.

Não deve pois haver duvida de que esse doente soffre de uma arthrite hydropica, ou, se quizerdes, de uma syuovite exsudativa traumatica.

O traumatismo n'este caso não só deixou de provocar uma arthrite suppurada, como tambem não pôz a articulação em communicação com o exterior

E' preciso conhecer e distinguir essas duas especies de arthrite traumatica.

No anno passado foi observado um caso da segunda especie ou de arthrite traumatica complicada de abertura da articulação.

O doente era um individuo, de 25 annos de idade, de temperamento bilioso e constituição regular. Exercendo a sua profissão de carpinteiro, dera com a enchó um golpe ao lado

externo do joelho direito a dous centimetros para fóra e para baixo da rotula. O accidente occorreu no dia 15 de Maio, e no dia seguinte quando foi aqui examinado o doente, já o joelho se achava nimiamente volumoso e muito sensivel á pressão. A solução de continuidade tinha sete centimetros; os seus labios se achavão aproximados por tres pontos de costura verdadeira feitos com fios vegetaes, e pelos intervallos se fazia o escoamento de um liquido citrino e unctuoso. O doente accusava dôres lancinantes, achava-se nimiamente agitado, e com 39 gráos e 6 decimos de temperatura.

Até ao dia 31 de Maio os phenomenos locaes ou objectivos persistirão sem grandes modificações; a tumefacção augmentou consideravelmente, e por isso os fios que aproximavão os labios da ferida forão retirados; as bordas d'esta se afastárão, e de seu fundo transudava um liquido sero-purulento nimiamente fetido; a febre persistiu com ligeiras remittencias e com todos os caracteres de uma septicemia aguda; as dôres erão atrozes e não cessavão um só instante; a lingua se achava secca, a sêde era intensa, e a anorexia era de uma tenacidade desanimadora.

No dia 1.° de Junho levei ao interior da articulação um grosso tubo de drainage, afim de tornar mais facil a sahida do pús, e de facilitar a lavagem do fóco purulento por meio de uma solução composta de 500 grammas d'agua, 200 de tintura de iodo, e 50 de tannino.

Apezar das lavagens frequentes e do repouso o mais absoluto, a tumefacção até ao dia 23 d'aquelle mez não apresentou modificação alguma. A suppuração era abundante e fetida; a febre não tinha cessado e as dôres não abandonavão o doente um só instante quer de dia, quer á noite.

Foi em taes condições que lembrei-me da acção do hydrato de chloral, e mandei vir uma solução composta de 500 grammas d'agua para 20 grammas de hydrato de chloral, e fiz uma injecção por modo a lavar todo o interior da articulação. A

injecção detersiva e calmante foi repetida na tarde d'esse dia, e no fim de 24 horas ao entrar na enfermaria soube que o doente se achava muito melhor.

A suppuração tinha diminuido e perdido o máo cheiro; as dôres erão quasi nullas; a febre havia feito completa remissão; a lingua se achava menos secca, e o doente tomára um caldo com appetite.

No dia 4 de Julho a molestia começou a entrar em franca resolução.

No dia 16 de Agosto foi retirado o tubo de drainage, e no dia 9 de Setembro o doente se achava restabelecido, sem perda absoluta dos movimentos articulares, havendo sómente alguma difficuldade na flexão completa do joelho.

E' patente a differença entre os symptomas da arthrite n'este caso e os do doente que serve de assumpto a esta conferencia. Em um caso a molestia se caracterisava por dôres vivas e por augmento de volume da região, e não houve reacção; no outro caso, deo-se uma serie completa de phenomenos gravissimos que durante muito tempo collocárão o doente ás portas da morte.

E como conheci, meus senhores, que se tratava de uma arthrite traumatica complicada da abertura da articulação? Pela intensidade dos phenomenos locaes e geraes, e principalmente pelo escoamento, atravez dos labios da ferida, de um liquido unctuoso ou filamentoso com os caracteres da synovia.

Quando tiver logar o escoamento de um liquido d'essa natureza, depois de um ferimento articular, ficae convencidos de que a ferida é penetrante.

A arthrite traumatica termina em taes casos pela suppuração, e esta desenvolvendo-se em uma superficie vasta e anfractuosa, sem facil esgoto, se altera e produz os gravissimos phenomenos de uma septicemia aguda, á qual bem poucas vezes resistirá o doente.

Na arthrite traumatica que termina pela suppuração as condições dos doentes não são mais favoraveis, e quando a affecção deve ter essa terminação, á intensidade que adquirem os phenomenos inflammatorios se reune um movimento febril continuo, notando-se remissões passageiras seguidas de suores frios, unctuosos e abundantes.

Não devo ter receio de que arthrite do doente que aqui se acha possa terminar pela suppuração. Se houvesse qualquer ferimento que puzesse a articulação em communicação com o exterior, não poderia de fórma alguma obstar á terminação pela suppuração. Só excepcionalmente, se fosse o ferimento recente, e contasse com certeza com a reunião por primeira intensão, é que poderia ter alguma esperança de ver a arthrite terminar sem suppuração. Nos casos ordinarios é esta a terminação mais frequente.

No doente actual não ha condições que me fação receiar a terminação pela suppuração.

Não desconheço a gravidade da affecção e tudo empregarei para alcançar a resolução da inflammação articular. Quaes são entretanto as indicações a preencher? Trata-se, como vos disse, de uma arthrite traumatica exsudativa, ou de uma inflammação articular acompanhada de exsudação serosa. A inflammação póde desapparecer e ficar o derramamento, constituindo uma hydarthrose; o dever do cirurgião é pois combater a inflammação e o derramamento articular. Se os meios empregados para alcançar a resolução da inflammação não produzirem ao mesmo tempo a absorpção do derramamento synovial, então convem recorrer aos meios tendentes a determinarem este resultado.

Em primeiro logar, como indicação fundamental do tratamento de qualquer inflammação, devereis collocar a parte no maior repouso e immobilidade possivel. O esquecimento deste preceito é que poderia concorrer para que a arthrite terminasse pela supuração. A immobilisação de uma articulação inflammada é o

melhor sedativo de que podereis lançar mão. Sem este meio, o menos que alcançareis é a transformação da arthrite aguda em arthrite chronica, ou em tumor branco.

Poderia immobilisar o joelho por meio de uma goteira bem acolxoada, afim de ficar a parte a descoberto para applicação de cataplasmas emollientes e uso de fomentações narcoticas ou resolutivas; mas o resultado não seria tão prompto e tão efficaz como se eu fizer a immobilisação por meio de um apparelho amidonado, ou gessado, bem acolxoado de algodão. Alcançarei por este meio uma immobilisação completa sem desarranjo do apparelho e sem receio de que o repouso deixe de ser mantido. Se a inflammação fosse muito intensa e acompanhada de engorgitamento consideravel, seria conveniente reunir á immobilisação a applicação das cataplasmas emollientes e principalmente das fomentações opiadas ou sedativas.

O meu doente ficará com o apparelho amidonado por espaço de 15 a 20 dias, ou até que a pressão sobre a articulação deixe de produzir-lhe dôr. No fim desse tempo fenderei o apparelho de alto a baixo, e se o liquido não tiver desapparecido, farei a sua extracção por meio do apparelho de Dieulafoy, o qual em casos identicos me tem dado excellentes resultados, e tornarei applicar ou deixarei o mesmo apparelho, reforçando com algumas tiras amidonadas, tendo o cuidado de fazer com que o apparelho amidonado exerça uma pressão igual e uniforme desde os dedos do pé até á parte média da côxa.

Poderia contra o derramamento empregar os largos vesicatorios, como são aconselhados por Velpeau, e como aqui já tenho feito em outros doentes, mas o resultado não é tão prompto, como com o meio que vos aconselho; e além de tudo não se provocão dôres como acontece quando o cirurgião faz cobrir o joelho de um largo vesicatorio. Será impossivel que sob a influencia desse tratamento, o resultado deixe de mostrar-se satisfactorio; mas supponde que apezar dos vossos esforços,

a arthrite aguda tenha passado ao estado chronico, o que devereis fazer?

Antes do tudo é preciso conhecer se acaso tendes de tratar de uma arthrite chronica, ou se pelo contrario é uma outra affecção articular que se apresenta á vossa observação.

Permitti que a esse respeito vos refira a historia de um caso que aqui foi observado em 1867. Não se tratava de uma arthrite chronica resultante de traumatismo, mas de uma arthrite espontanea ou dependente em parte de uma blenorrhagia. A causa não influe grandemente porque os resultados são identicos, e a marcha da affecção é a mesma logo que a arthrite quer traumatica quer espontanea passa ao estado chronico.

Tratava-se de um individuo de 37 annos de edade, bem desenvolvido, mas de temperamento lymphatico-nervoso e de constituição fraca. Morava na rua dos Invalidos, uma das mais humidas desta cidade, e trabalhava como foguista nas officinas de machinas da Alfandega,. circumstancias estas que devem ser apreciadas, por isso que vos serviráõ de elementos no diagnostico. Não accusava ter soffrido de molestia grave até ao anno de 1853, em que fôra accommettido de febre amarella. Tivera em 1864 uma blennorrhagia, de que fôra tratado no hospital. No correr do mesmo anno, tendo sahido á rua e achando-se muito suado, começou a sentir no joelho esquerdo alguma dôr acompanhada de difficuldade nos movimentos da articulação respectiva, pelo que fez sobre esta parte durante algum tempo diversas fomentações. E como não tivesse alcançado resultado favoravel, e fossem em augmento os seus incommodos, entrou para esta enfermaria em 23 de Setembro de 1866.

Como signaes anamenesticos deveis sobretudo tomar em consideração a existencia da blennorrhagia, e o apparecimento da dôr no joelho logo que o doente com o corpo coberto de suor se expuzera ao ar livre. Entretanto não vos esqueçais tambem de que

esse individuo, algum tempo depois de ter entrado para este hospital, foi acommettido de epididymite.

A respeito dos phenomenos objectivos, ou do estado em que se achava o joelho até ao dia 15 de Março, em que tomei conta da clinica, só o que colhi do doente foi que essa parte estava nimiamente inflammada, e que elle não podia sem grande dôr executar o menor movimento.

Parece-me, pelo que asseverára o doente, que a pelle não apresentava rubor notavel; mas nada soube sobre a existencia ou não de derramamento de liquido na synovial da articulação: só o que ese imdividuo disse foi que no fim de tres mezes a dôr e a sensação de calor que sentia no joelho tinhão diminuido.

Seja como fôr, meus senhores, quando tomei conta do serviço no dia 15 de Março, eis o que tive occasião de observar: o doente achava-se assentado no seu leito com a perna esquerda em extensão; o joelho respectivo estava entumecido ou muito mais volumoso do que o direito; a pelle, denudada ou despida da epiderme, apresentava-se avermelhada e sêcca mesmo nos ponto em que esta estava intacta, ou não tinha soffrido a acção do vesicatorio que alli havia sido applicado alguns dias antes. A pressão exercida sobre essa região não determinava grande sensibilidade, excepto nos pontos correspondentes á crista do tibia e aos ligamentos lateraes externos e internos da articulação respectiva, e nem por meio da apalpação percebia-se a existencia de liquido na synovial. Nas partes lateraes do ligamento rotuliano havia entretanto algum empastamento nos tecidos.

Os movimentos de flexão e extensão, quer espontaneos quer communicados, erão limitadissimos ou nullos, e não podião ser executados sem provocar dôr atroz ou intensa, e nessa occasião parecia que se produzia ligeira crepitação entre as superficies articulares. Estas conservavão as suas relações naturaes; e, como as outras partes, a rotula apresentava-se fixa ou apenas podia ser movida na extensão de algumas linhas lateralmente

Todas as outras articulações estavão em perfeito estado, de sorte que esse individuo não soffria senão do joelho esquerdo. O estado geral era bom, o appetite excellente, e ainda que o doente não podesse nem ao menos tocar no solo com o pé correspondente, comtudo elle passeiava pela sala apoiado em muletas.

Em relação á affecção deste individuo, no concurso que aqui houve para o internato, alguns dos candidatos diagnosticárão tumor branco em via de resolução, e na papelêta foi escripto pelo meu illustrado antecessor—arthrite blennorrhagica. Destas duas affecções, qual seria na realidade a de que soffria o doente? A ausencia de qualquer phenomeno agudo, e a longa duração da molestia fizerão com que eu eliminasse do diagnostico as affecções agudas. Tratava-se evidentemente de molestia chronica da articulação femoro-tibial esquerda; e, neste caso seria ella constituida por tumor branco, ou pela arthrite ou rheumatismo do joelho, determinados pela blennorrhagia?

Nas descripções feitas a respeito destas affecções por Bonnet, Chomel, Bouillaud e Richet, não encontrareis em uma caracteres e symptomas que não possais encontrar em qualquer dellas; dahi a confusão, quando se tem de distinguil-as ou diagnostical-as á cabeceira dos doentes; pelo que ainda uma vez reconhecereis a differença enorme que ha entre a clinica e a historia das molestias exarada nos livros de pathologia.

As difficuldades do diagnostico differencial residem sobretudo no facto de que essas affecções despertão tumefacção, dôr, e por conseguinte impossibilidade dos movimentos articulares; e, como o tumor branco póde ser produzido ou resultar da tuberculose das extremidades osseas que fórmão a articulação, ou de uma osteo-synovite, comprehendeis que na descripção daquella especie morbida entrão os caracteres destas ultimas affecções logo que se tornão chronicas. Assim é que Bonnet de Lyon não descreve no seu *Tratado das molestias articulares* os tumores brancos, visto que esta affecção não é para elle mais do que uma das

terminações da arthrite, ou da tuberculose das extremidades articulares. Não posso entretanto admittir em absoluto esta opinião: seria confundir duas cousas inteiramente diversas. O tumor branco póde ter a arthrite ou a osteo-synovite por ponto de partida, mas para que esta mude de nome e se transforme naquella é preciso que tenha revestido certos caracteres especiaes que lhe dêm o typo e fórma particular. A arthrite chronica póde manifestar-se pois, permanecer por muito tempo, e terminar, por exemplo, por ankylose completa ou incompleta, sem nunca passar ao estado de tumor branco; e porque este procede da arthrite, e, antes de constituido typicamente, tem apresentado certos periodos de evolução que não devem ser esquecidos na descripção, não se segue que a arthrite chronica dê sempre em resultado o tumor branco.

No meio desta confusão que todos lamentão, e que ainda não tem sido esclarecida; como vos guiarei na discriminação dos phenomenos, de modo que possais ter daqui em diante noções precisas afim de distinguir entre sí todas essas affecções?

Antes de tudo eu creio que deveis ter em muita consideração o terreno em que estas affecções se desenvolvem. E' innegavel que a arthrite e o rheumatismo chronicos podem terminar pelo tumor branco, mas é preciso para isto que se dêm certas condições ou um terreno apropriado, porque do contrario a affecção se desvia e vai revestir um typo diverso.

Quando Ricardo Wisemann descreveu o genero de affecções articulares a que deu o nome de tumores brancos, elle com toda razão fez sentir que os individuos affectados erão de temperamento escrofuloso. Não é entretanto sómente esta a condição que favorece o desenvolvimento desses tumores. A idade tem influencia notavel, e é com effeito nos primeiros annos da vida ou na mocidade que se observão mais vezes estas manifestações morbidas.

No doente em questão davão-se essas duas condições? Elle não era velho, mas tinha 38 annos de idade, e não apresentava nos antecedentes o menor indicio da diathese escrofulosa.

Depois disto, o tumor branco segue desde seu começo uma marcha chronica ou apenas sub-aguda, e nunca a synovial deixa de participar do processo morbido, de modo que esta membrana é a primeira a se tornar doente, e quasi sempre encerra no seu interior algum liquido. A molestia sobrevem insidiosamente, e a principio a dôr é pouco pronunciada. Mais tarde ella se exaspera, e o doente, para minoral-a, põe a perna em meia flexão se é o joelho a parte affectada. Este apresenta-se já entumecido sem as saliencias e depressões caracteristicas, e não é raro que se abrão em sua circumferencia um ou mais abscessos, que estabelecem por meio de trajectos mais ou menos sinuosos a communicação do exterior com o interior da articulação. Abatem-se as forças do doente, e este torna-se mais ou menos magro e vem por fim a fallecer, se a molestia não entra em resolução ou não é combatida pelos meios apropriados.

Vêde, por exemplo, o doente que occupa actualmente o leito n. 4. Esse individuo refere que ha dous para tres annos *sem causa manifesta*, começou a sentir o joelho esquerdo augmentar progressivamente de volume, de tal sorte que tornando os seus movimentos difficeis e dolorosos vio-se obrigado a andar de muletas. *Por muito tempo* não sentio mais do que isto; ha um mez porém o joelho augmentou de volume; a dôr tornou-se mais viva, manifestou-se febre precedida de calafrios, e ao redor daquella parte abrirão-se tres abscessos, donde correu pús liquescente e substancia analoga á clara de ovo. O joelho respectivo fórma um tumor globuloso, de superficie aspera ou desigual, e de côr esbranquiçada, e dá pela apalpação a sensação média entre a que apresentão as cavidades cheias de liquido espesso e os tecidos infiltrados de serosidade.

Comparai agora este estado com o do doente em questão, e dizei-me se ha entre elles a menor relação. Alli tendes o typo da affecção chamada—tumor branco,—e se não continúo a indicar todos

os phenomenos é pela simples razão de que não trato agora de seu estudo.

Não havia pois na marcha da molestia do individuo que dêo lugar a estas considerações, nenhum symptoma de tumor branco. Deveis estar lembrados de que a molestia começou por dôr aguda que ainda persiste, posto que com menos intensidade na articulação femoro-tibial esquerda, com entumecimento ligeiro da parte; e de tudo tem resultado a impossibilidade dos movimentos da articulação, cujas superficies produzem algum attrito quando são postas em collisão. Não será porem a affecção, como se disse, um tumor branco em via de resolução? Poderia deixar de insistir nisto á vista do que tenho exposto, mas sempre direi que, pelo simples facto de se mostrar ankylose incompleta nesse caso, não é motivo para se estabelecer o diagnostico de tumor branco, porquanto nada tem havido que se pareça com a marcha desta affecção.

Será inutil entrar em desenvolvimento para vos mostrar que não se tratava aqui de tuberculos das extremidades articulares, ou mesmo de outras molestias chronicas das articulações, como a carie e a ncerose; estas alterações pertencem algumas vezes á affecção conhecida debaixo do nome de tumores brancos, e as suas manifestações se traduzem por symptomas diversos dos que se observão no doente em questão.

Eliminadas estas affecções do diagnostico, não me resta agora senão indicar-vos si esse individuo se achava com rheumatismo ou arthrite chronica. As condições que presidem ao desenvolvimento do rheumatismo chronico são da mesma natureza que as da arthrite. Em um e outro caso observareis que a affecção articular tem-se manifestado debaixo da influencia de mudanças bruscas de temperatura, ou em consequencia de resfriamento, e em alguns casos ella póde manifestar-se no curso da blennorrhagia; mas em regra geral o rheumatismo é poly-articular, ou affecta muitas articulações, ao passo que a arthrite, que

sobretudo coincide com a blennorrhagia, só se manifesta em uma articulação, e esta é a do joelho. Entretanto ha excepções a esta regra, e em um doente que occupou o leito n. 22, tivestes um caso de arthrite do punho, sobrevinda sob a influencia de um corrimento muco-purulento da urethra. Com effeito esse individuo, entrando para aqui no dia 22 de Maio, referio que, soffrendo ha dous mezes de blennorrhagia, começou ha 15 dias com a diminuição do corrimento a sentir bastantes dôres e impossibilidade dos movimentos do punho direito com tumefacção de toda a região respectiva, pelo que viu-se obrigado a recolher-se ao hospital.

Essa região se achava então bastante entumecida, rubra e por tal fórma sensivel, que nem deixava supportar o menor contacto, nem executar o maís ligeiro movimento. A mão acompanhava o eixo do antebraço, e em toda a extensão das partes compromettidas não encontrei o menor signal de fluctuação.

O tratamento a que elle foi submettido, consistiu em applicações de sanguesugas á raiz da face dorsal do punho, de cataplasmas de linhaça, e de fomentações de pomada mercurial e de belladona, no emprego de tintura de iodo, e na administração interna das bebidas nitradas, dos calomelanos com os opiaceos, e da solução de iodureto de potassio, de modo que a molestia sob a acção desses meios caminhou para a resolução, e o doente no fim de algum tempo ficou restabelecido.

A arthrite que coincide ou se desenvolve no curso da blennorrhagia, só invade mais de uma articulação quando o individuo se acha debaixo da influencia desse estado, ainda hoje desconhecido, chamado vicio rheumatismal; e o doente affectado do joelho não apresenta nenhuma de suas manifestações: a sua constituição, o modo de invasão da molestia e a marcha que esta seguiu levárão-me a acreditar que se tratava de uma arthrite chronica. Mas não basta especificar o genero; é preciso, para tornar o diagnostico completo, indicar a fórma ou os elementos

da articulação que se achão compromettidos, e o gráo de alteração que apresentão.

Debaixo da influencia de certas condições atmosphericas, dos corrimentos blennorrhagicos ou de outra qualquer causa, a inflammação das articulações póde affectar a membrana synovial, dando em resultado o que é conhecido com o nome especial de synovite, ou então envolver e invadir os outros tecidos, como as cartilagens e mesmo as extremidades osseas e o periosteo, de modo a formar a *arthrite sêcca* ou, na linguagem de Barwell, *a osteite rheumatica*.

Tivestes ainda um exemplo da primeira fórma de arthrite no doente do leito n. 29, o qual para aqui entrou no dia 16 de Abril e sahiu a 13 de Junho. Era um individuo natural de Portugal, de 24 annos de idade, e carpinteiro de profissão. Elle referiu-me que por vezes havia soffrido de suppressão de transpiração e de dôres nos joelhos, sem com isto supportar grande incommodo. Ha dous mezes porém apanhára uma blennorrhagia, e já estava della quasi restabelecido, quando no dia 11 de Abril, portanto cinco dias antes de entrar para o hospital, começára a sentir dôres no joelho direito, as quaes a principio erão pouco intensas e não o inhibião de andar, mas depois tornárão-se insupportaveis, e o joelho augmentou de volume, e ficou por tal fórma sensivel que não era possivel qualquer movimento da articulação, sobretudo no sentido da extensão.

Pelo exame a que procedi, reconheci que esse individuo ainda tinha algum corrimento blennorrhagico. O joelho que era séde da lesão achava-se bastante entumecido, tinha uma fórma arrendondada, a superficie ligeiramente rosacea, e a temperatura pouco mais elevada que a das partes vizinhas. A pressão sobre a região despertava grande sensibilidade, e fazia perceber signaes evidentes de fluctuação aos lados da parte superior e inferior da rotula, sobretudo quando este osso era depremido e levado de encontro ás superficies articulares do femur, pois que sentia-se que elle estava

afastado por certa porção de liquido, que nesse momento era deslocado e dava uma sensação especifica á mão que explorava.

A perna se achava em meia flexão sobre a côxa, e qualquer movimento espontaneo ou communicado ao membro repercutia dolorosamente na articulação compromettida.

O doente não tinha reacção febril; entretanto não sentia appetite, e as noites erão más porque as dôres não lhe permittião conciliar o somno por muitas horas. Todas as outras funcções se exercião regularmente, e nos outros apparelhos organicos não havia a menor alteração.

Si tivesseis possibilidade de examinar o interior dessa articulação encontrarieis alli, em logar de synovia, uma quantidade mais ou menos notavel de serosidade misturada com cellulas epitheliaes, ou com alguns corpusculos sanguineos, de modo a darem-lhe uma côr esbranquiçada ou avermelhada segundo os elementos que predominassem. A synovial apresentar-se-hia infiltrada, ou entumecida, menos lisa do que no estado normal e com uma côr vermelha propria dos processos inflammatorios.

A' excepção de maior infiltração plastica, e augmento de circulação sanguinea das partes vizinhas, não observarieis outras quaesquer modificações. Entretanto nos casos em que a inflammação progride e a molestia é entregue á sua evolução, todos os elementos da articulação podem ficar seriamente compromettidos, ou serem destruidos como talvez possa succeder com este mesmo doente. Submettido, como sabeis, durante os dous mezes que aqui esteve ao uso da poção de Chopart, das bebidas nitradas, do iodureto de potassio, e ás applicações das pomadas mercurial e de belladona, dos vesicatorios e da tintura de iodo, elle já se achava com o joelho muito menos entumecido e sensivel quando pediu alta e sahiu do hospital.

Em semelhantes condições a molestia póde exacerbar-se, ou progredir em sua marcha, de modo a ser fatal ou deixar esse

individuo na impossibilidade de ganhar por muito tempo os meios de subsistencia, a menos que elle, fóra daqui, tenha-se entregado aos cuidados de algum cirurgião esclarecido.

Quando se manifesta a outra fórma de arthrite ou mesmo quando a synovite continúa em sua evolução, a molestia reveste os caractes que se encontrão no doente de arthrite chronica. O liquido com effeito póde ser absorvido, como talvez tenha succedido nesse doente, e a inflammação se apodera ao mesmo tempo das cartilagens diarthrodiaes, em virtude do que estas se tornão entumecidas, ou elevadas em certos pontos e deprimidas em outros, e apresentão uma côr amarella suja, e por fim ficão rugosas, e são pouco a pouco destruidas; e em seu logar encontrão-se as superficies osseas inteiramente denudadas, ora lisas, ora mais ou menos rugosas, e banhadas por pequena porção de liquido synovial misturado com particulas cartilaginosas (fig. 13). Alguns pontos das superficies articulares despidos das cartilagens podem tornar-se adherentes de modo a impossibilitar os movimentos, e a produzir um attrito aspero ou a crepitação quando se poem os ossos em collisão.

E' bem provavel que as alterações no doente em questão se achem neste gráo, mas porque nelle não se observou a flexão da perna sobre a côxa, como se observa em outros casos? Quando a arthrite não provoca grande exaltação de sensibilidade, e não invade primitivamente a synovial, a perna em geral conserva-se em extensão, ou acompanha o eixo da côxa, mas em condições diversas, os musculos sob a influencia da dôr entrão em contracção e levão a perna no sentido da flexão.

Não é essa entretanto a explicação dada por alguns autores distinctos e sobretudo por Bonnet, de Lyão. Sabeis que este notavel cirurgião, tendo observado em suas experiencias sobre as injecções forçadas nas articulações que a distensão da synovial fazia com que o membro fosse levado no sentido da flexão, concluio que esse movimento era provocado pela presença de grande

quantidade de liquido na serosa, e pelo facto de que esta adqueria em semelhante estado maior amplitude, e se achava menos

Fig. 13.— Alterações encontradas em um joelho affectado de arthrite chronica.

exposta á compressão e por conseguinte á exaltação exagerada da sensibilidade.

Creio que a dôr entrará aqui mais como elemento da producção deste phenomeno do que a existencia do liquido, e tendes no leito n. 21 um individuo affectado de uma enorme hydarthrose do joelho esquerdo, no qual apezar disto a perna acompanha o eixo da côxa ou não apresenta a flexão involuntaria de alguns doentes que soffrem de arthrite.

O doente de arthrite chronica referiu que no começo da affecção havia sentido bastantes dôres na articulação, mas provavelmente erão essas dôres surdas proprias das affecções osseas, e não tão intensas como as que provoca em muitos casos a inflammação da synovial; e, como a marcha que seguiu a molestia indica que esta teve primitivamente a sua origem nas partes duras da articulação e só depois passou á serosa, não admira que o membro se conservasse no sentido da extensão.

A arthrite nesses casos se caracterisa pela ausencia de liquidos em abundancia na articulação, e dahi o nome de *arthrite sêcca.* A articulação encerra apenas pequena quantidade de synovia, e o empastamento dos tecidos na vizinhança, e a sensação de ondulação que se percebe em alguns pontos, são devidos á infiltração plastica que, com a maior actividade da circulação collateral, se estabelece nos tecidos circumvizinhos e nos que são séde do processo inflammatorio.

Em alguns casos ha verdadeira proliferação de cellulas osseas, e transformação dos tecidos molles em tecidos desta ultima natureza, o que torna disforme a articulação, e faz dar á affecção o nome de *arthrite deformante*, a qual, como comprehendeis, deve augmentar a perda dos movimentos do membro ou da articulação. No doente em questão as lesões não chegárão a esse gráo.

Em todo o caso a *arthrite sêcca* é uma affecção de marcha nimiamente chronica, mas ella felizmente parece concentrar-se na articulação, sem exercer influencia malefica sobre o estado geral dos individuos. O doente que é objecto destas considerações se

achava com a arthrite havia um anno, e entretanto o estado geral era o mais satisfactorio possivel.

Agora que sabeis como, em minha opinião, se póde distinguir a arthrite chronica, quer traumatica, quer espontanea, de outras muitas affecções articulares, que com ella se confundem, permitti que resolva a questão que estabeleci acêrca da therapeutica em taes casos, e vos indique o methodo de tratamento que julgo mais conveniente.

Ao doente, cuja historia vos referi, administrei durante os mezes de Abril e Maio internamente as preparações de iodureto e bromureto de potassio, e o cozimento de quina, e localmente lancei mão dos vesicatorios, das compressas embebidas na tintura de arnica, das pomadas mercurial e de belladona e a de nitrato de prata, mas poucas forão as modificações que a affecção apresentou sob a influencia desses meios; o joelho se conservava entumecido e muito sensivel aos movimentos e á pressão exercida em qualquer de suas faces, pelo que mandei fazer applicação da tintura de iodo por espaço de um mez, e o deixei durante esse tempo no uso do cozimento de quina.

Não havendo em Julho melhoras sensiveis, resolvi lançar mão de um cauterio cutellar, levado á temperatura branca, e, depois de submettido o doente á chloroformisação, tracei com elle alguns riscos de 9 centimetros de comprimento e meio de largura ao longo da superficie anterior da articulação, e provoquei por esse meio uma derivação cutanea muito forte, que foi entretida depois da quéda das escharas com o curativo das feridas pelo basilicão, e com a applicação de dous discos de potassa caustica acima e abaixo dos lados da rotula. As melhoras se manifestárão desde que as feridas resultantes da cauterisação começárão a cicatrizar, pela diminuição não só das dôres como da tumefacção do joelho. A immobilidade da parte ainda persistiu no mesmo grão, e nem mesmo desappareceria ; mas em 24 de Outubro já o doente podia firmar-se no membro, e a articulação respectiva tinha quasi

o mesmo volume que a do lado opposto. A pressão não despertava dôr, e só nos movimentos mais bruscos ou forçados é que esta se revelava, sem comtudo prolongar-se por muito tempo, como succedia antes. O doente desejou retirar-se daqui no dia do encerramento desta aula em 30 de Outubro d'aquelle anno, e então, para livrar o membro dos movimentos bruscos, procurei envolvel-o com algodão e appliquei sobre elle o apparelho amidonado, como é empregado nos casos de fractura dos ossos dos membros inferiores.

E' pois a esses dous meios que podereis recorrer com vantagem quando tiverdes de tratar um individuo affectado de arthrite chronica.

A cauterisação pelo ferro em braza é um meio energico e que coadjuvará muito a resolução da inflammação modificando o interior da articulação e activando a absorpção dos productos plasticos; mas o terror que inspira aos doentes e os cuidados exigidos por sua applicação, fazem com que muitas vezes se dê preferencia absoluta á immobilisação prolongada da articulação por meio de um apparelho amidonado ou gessado.

Ha um phenomeno na arthrite chronica para o qual deveis dirigir constantemente a vossa attenção; é a atrophia do membro affectado. Sempre isto succede quando o doente é obrigado a guardar o maior repouso possivel e os musculos perdem o seu exercicio. Estes então se atrophião e o membro doente torna-se muito mais delgado acima e abaixo da articulação do que o do lado opposto. Afim de impedir esa atrophia, deve aconselhar-se aos doentes que não deixem de andar, depois da applicação do apparelho ainda mesmo que sejão apoiados em muletas.

Tenho-me occupado até aqui do estudo da arthrite traumatica e espontanea, e acabei de vos indicar os meios pelos quaes se póde distinguir sua fórma chronica de algumas outras affecções articulares, terminando pela apreciação dos agentes therapeuticos mais convenientes quando a arthrite aguda tenha passado ao

estado chronico; mas é natural que dezejeis saber quaes são os meios de que se deve lançar mão quando a arthrite aguda termina pela suppuração.

O caso de arthrite traumatica aguda que vos referi servirá para vos indicar o procedimento que deveis ter em circumstancias identicas.

Procurareis antes de tudo guiar-vos pelos phenomenos locaes e geraes, e estabelecer positivamente o diagnostico da affecção, e, reconhecida a existencia da terminação pela suppuração, procurareis dar sahida ao pús por meio do apparelho de Dieulafoy. Com esse apparelho não só esgotareis o pús, como lavareis o interior da articulação com uma solução de hydrato de chloral, não vos esquecendo de immobilisar a articulação por meio de um apparelho amidonado no qual abrireis uma janella na parte correspondente ao joelho, afim de serem repetidas as punções e as lavagens articulares tantas vezes quantas forem necessarias. Si, como algumas vezes acontece, a inflammação partindo da articulação vier provocar a manifestação de abscessos mais distantes do fundo do sacco da capsula, ou nas vizinhanças da articulação, por modo que a punção directa não possa dar sahida ao pús, porque, como vos disse, este partindo do interior da articulação se insinúa e apresenta-se a uma certa distancia, então devereis abrir largamente o fóco purulento e dar franca sahida ao pús. Quando o trajecto do fóco purulento fôr tortuoso, e não fôr possivel, sem ferimento de partes importantes, estabelecer uma communicação franca e directa entre o exterior e o ponto da superficie da articulação que fornece o pús, então installareis um ou mais tubos de drainage. Esses tubos servirão não só para darem esgôto ao pús como para se fazerem as lavagens que forem necesarias. O tratamento deverá ser feito com o maior cuidado que fôr possivel.

Vistes pela observação que vos apresentei que, apesar das injecções com a solução de tintura de iodo e tannino, do alcool

phenicado e do hydrochloreto de soda, nenhuma vantagem alcancei senão depois do emprego das injecções da solucção do hydrato de chloral.

O doente, que estava quasi completamente esgotado, não só por causa da suppuração, como pela febre septicemica, começou, desde que empreguei a solucção de hydrato de chloral, a melhorar e sahio completamente curado.

Tinha conhecimento até então das propridades hypnoticas e sedativas do hydrato de chloral empregado ha muito tempo por mim, pelo meo illustre mestre e director d'esta faculdade o Sr. Barão de Santa Izabel e por outros praticos brazileiros, nas affecções convulsivas, e foi com o fim de acalmar as dores que sentia o doente em questão que fiz, meus senhores, applicação das injecções dessa substancia dissolvida em agua nos vastos fócos purulentos ao redor do joelho e no interior da respectiva articulação. Nenhuma noticia tinha acêrca dos resultados e pesquizas que se tinhão instituido na Europa com o chloral applicado localmente, nem durante o tempo que alli estive frequentando diariamente as clinicas cirurgicas dos professores Verneuil, Broca, Richet e Gosselin em Paris, de Dumereicher e Billrotth em Vienna, e a de Langenbeck em Berlim, ouvi fallar do emprego dessa substancia nas collecções purulentas de máo caracter; e pois quando no fim de tres dias da applicação desse meio em meu doente observei que as dôres que este experimentára tinhão diminuido grandemente, e a suppuração havia mudado completamente de natureza, não deixei de ficar sorprendido e de encher-me de satisfação por vêr o resultado que tinha colhido.

Reconheci que o chloral havia provocado nesse caso vantagens admiraveis e modificações salutares; e, chamando a attenção dos alumnos, disse então que o chloral havia destruido o caracter putrido da suppuração, e que me abstinha, por ora, de explicar o mecanismo de sua acção, por que esse facto não era bastante para

autorizar-me a dizer, como acontece com as applicações nas ulceras gangrenosas e erectis, que só se dava uma acção sedativa, por cujo meio acalma-se a excitabilidade ou irritabilidade da parte, destruindo a tendencia á multiplicação instantanea das cellulas de tecido conjunctivo, sem estabilidade e methamorphose necessarias, ou si exercia-se uma acção chimica sobre os productos que se formavão com a suppuração.

Os meus numerosos e variados affazeres não me permittirão dar uma noticia do facto ou caso que a observação tinha-me revelado, e não vendo gloria alguma para mim em communicar que, tendo empregado o chloral em injecções, obtivera a cessação das dôres e com estas o desapparecimento do estado putrido da suppuração em uma arthrite, quando esse resultado poderia ser attibuido a outras condições, conservei-me em silencio a esse respeito; mas o Sr. A. Portugal que foi certamente um dos mais distinctos alumnos da nossa escola, e havia sido uma gloria do internato da clinica cirurgica, não tendo ouvido fallar entre nós do emprego do hydrato de chloral como ante-putrido até á época em que appliquei aqui, e, como eu, não sabendo que essa substancia gozava de propriedade ante-putrida, resolveu sem ter-me consultado em cousa alguma e guiado sómente pelas recordações do facto que se tinha observado na clinica, dar uma noticia deste caso, dizendo o que havia visto então, e accrescentando que *lhe parecia* que naquelle tempo a acção ante-putrida do hydrato de chloral não era bem conhecida dos medicos estrangeiros e brasileiros, porque os candidatos ao concurso á cadeira de chimica organica nada disserão sobre a propriedade anti-putrida dessa substancia.

Foi bastante isto, para que a sciencia que aqui vive incubada sob o calor que nos vem do estrangeiro, estremecesse de indignação, e de todos os lados chovessem protestos contra a communicação do Sr. A. Portugal, porque seria uma mancha e deshonra para a classe medica ignorar que já em Abril ou Maio do anno passado,

talvez dias antes do resultado que aqui se tinha observado, havia sido descoberta por 4 ou 5 experimentadores estrangeiros a propriedade ante-putrida do chloral, e o que ainda se diz ou escreve-se não póde soffrer a menor verificação, quer no mesmo quer em sentido contrario! Com semelhantes disposições na nova geração medica, poderá tão cêdo constituir-se a sciencia em nosso paiz? Não; em toda a parte do mundo, com excepção do Brazil e de sua antiga metropole, quando um homem que nunca faltou á verdade em seus escriptos e palavras, e tem merecido por isto a consideração de seus collegas, diz que os seus estudos e reflexões o levárão ao conhecimento de tal ou tal facto, ninguem, debaixo desse ponto, o vem contestar e pôr em duvida a probidade, e muito menos tirar de seu paiz para entregar a outro o que pertence áquelle. Só entre nós é que se observa dessas aberrações do espirito e do patriotismo: nenhum francez deixa de attribuir a Soubeiran o descobrimento do chloroformio; nenhum allemão a Liebig e nenhum inglez a Guthrie.

Não ha nenhum cirurgião na Inglaterra que se anime a dizer que não fosse Hunter que concebeu a idéa da ligadura nos casos de aneurisma entre este e o coração; e não ha nenhum francez que deixe de revendicar para Anel a mesma idéa!

Mas, a questão não é da ordem d'aquellas que poderião dar gloria e renome a alguem: trata-se simplesmente de saber si fui eu quem encontrou propriedades ante-putridas no chloral. O Sr. Dr. Cunha Alvarenga, contestando a noticia do Sr. A. Portugal, diz que foi Baumetz, e não sei mais quem; um medico de Pernambuco diz que ha muito tempo a conhecia, porque quando passei por ali, o que foi em Maio de 1872, já elle fazia uso dessa sbstancia como *anti-putrida*.... guiado pelo que viu nas clinicas de Bouchut em Paris, e de Thirry na Belgica, por modo que não foi Baumetz que descobriu a acção ante-putrida do chloral, mas algum medico da Belgica ou da Italia, segundo se infere do artigo do Sr. Vianna que se guiou ainda n'isto pelo

que diz Garnier no annuario de 1873 ; d'onde a conclusão logica que não se sabe quem descobriu na Europa a acção anti-putrida do chloral !

Aqui ignorando completamente em 1873 o que o annuario d'esse anno, mas publicado em 1874, devia dizer, e não sabendo em principios do anno lectivo de 1873 o que escrevia em 13 de Junho do mesmo anno o *London and Medical Record*, jornal cujo titulo li pela primeira vez, obtive da injeção do hydrato de chloral o effeito anti-putrido, e pois deve-me ser atribuido o reconhecimento d'essa propriedade no hydrato de chloral ; e como cheguei a obter essa acção, o diz o Sr. A. Portugal com toda a exactidão no n. 2 da *Revista Medica* de 1874. O que porem pretende o medico de Pernambuco asseverando que havia feito o mesmo ? Apresentai, si quereis ter a prioridade, o documento pelo qual eu possa saber o que fizestes, visto que a vossa palavra honrada não resolve a questão.

Mas esse medico que accrescentou protestar para que no estrangeiro e mesmo no paiz não se creia que sejamos tão alheios ás descobertas e ás novas applicações medicas, o que é que sabe da acção anti-putrida do chloral, elle que o empregava ha tanto tempo? Nada, absolutamente nada! Disse elle que o hydrato de chloral era anti-putrido, porque leu em um annuario e porque lhe disserão, como acreditaria que fosse anti-bilioso ou anti-icterico si isto fosse escripto em um livro estrangeiro, isto é, a sciencia d'elle é de emprestimo.

E com effeito porque Garnier em seu annuario diz que o hydrato de chloral era de ha muito empregado na Belgica e na Italia, repetiu a mesma cousa; como não veio alli o nome de quem descobriu a acção anti-putrida, nada tambem disse; e porque o *London and Medical Record de Junho de 1873*, data posterior á da applicação que aqui fiz, falla em Baumetz, elle fez a transcripção das suas palavras, e.... nada mais!

Leviandade, e mais do que isso.... nescidade é trazer um profissional essa carga de banalidades e despejal-a em um jornal mercantil do Recife, e depois a proposito d'isso vir na *Revista Medica* fallar de quem quiz conquistar a gloria da prioridade de uma nova applicação da electricidade á cura do hydrocele, pois desafio a quem quer que seja que prove ter sido aqui ou no estrangeiro applicado por alguem agulhas encandescentes pelo galvano-caustico á cura do hydrocele, e que mostre ter dado indicio de grande criterio quem pretendeu comparar esse meio com os que erão indicados pelos antigos.

Não tenho a pretenção de saber mais do que os outros, nem imponho o resultado de minhas apreciações e estudo, mas mediocre como sou procuro guardar com zelo a minha honra scientifica, e posso assegurar-vos que ninguem antes de mim, ou de modo que me fosse conhecido, annunciou que o chloral gosava de propriedades anti-putridas.

O valor todo da questão está em que no meu doente essa propriedade se revelou com toda a evidencia, e á ella devo um dos mais bellos resultados de minha clinica n'esta enfermaria.

QUADRAGESIMA QUARTA LIÇÃO

DA HYDARTHROSE DO JOELHO

SUMMARIO:—Historia de um caso de hydarthrose do joelho.—Phenomenos observados.—Diagnostico differencial entre a hydarthrose e a arthrite suppurada.—Marcha da affecção.—O joelho é a séde de predilecção da hydarthrose.—Meios aconselhados para a cura d'esta affecção.— Parallelo entre os meios usualmente empregados e a punção seguida da applicação de um apparelho inamovivel amidonado ou gessado.—Differença do resultado entre o tratamento classico e o methodo aconselhado.—Casos em que convém a punção e a injecção iodada.—Abertura da articulação e tratamento pelos curativos de Lister.

MEUS SENHORES,

Fallei-vos já do doente do leito n. 21, mas desejo completar a historia deste caso e fixar a vossa attenção sobre a affecção que elle apresenta no joelho esquerdo. Esse individuo é de 39 annos de idade, solteiro, cozinheiro, de temperamento lymphatico e constituição fraca, morava na rua dos Invalidos n. 10 e entrou para este hospital no dia 1 de Abril. Referio-me que tem soffrido de febres intermittentes, de cancros venereos nos orgãos genitaes, e de erupções pustulosas em diversas partes e sobretudo nos membros inferiores. Ha tres annos a esta parte foi acommettido de dôres articulares, de que tratou-se na 2.ª enfermaria de cirurgia. Passou doze mezes, depois desses insultos rheumaticos, sem soffrer cousa alguma, quando no dia 25 de Março do corrente anno de 1876 começou

a sentir alguma dôr no joelho esquerdo, acompanhada no dia seguinte de maior augmento de volume dessa parte, sem entretanto haver rubor e empastamento na região.

Todos os apparelhos organicos funccionão regularmente; não ha reacção geral, e esse individuo tem appetite, respira bem, e dorme soffrivelmente. Em diversas partes do corpo e sobre o joelho esquerdo encontrei pequenas cicatrizes, delgadas, lisas e de côr argentina, as quaes apparecêrão depois dos cancros desenvolvidos nos orgãos genitaes.

O joelho esquerdo apresentava-se bastante volumoso e formava um tumor arredondado sem mudança de côr, insensivel, molle, e que dava pela apalpação signaes evidentes de fluctuação, de modo a indicar pela sua extensão que a synovial da articulação se achava cheia de liquido. O centro do tumor offerecia uma ligeira depressão na parte correspondente á rotula, que gozava de mobilidade exagerada, e se afastava do femur logo que deixava de exercer-se sobre ella qualquer compressão. Quando a rotula porém era impellida de encontro aos condylos do femur, a fluctuação se tornava mais manifesta.

Os movimentos da articulação erão executados quasi sem dôr, e nem pela compressão o doente accusava alli a menor exaltação da sensibilidade; entretanto a flexão não podia ser levada além do ponto em que a perna formasse um angulo recto com a côxa, e nessa posição o *volume do tumor se exagerava*, e as saliencias aos lados da rotula se pronunciavão consideravelmente, e prolongavão-se para cima na extensão de 5 centimetros da articulação, o que mais uma vez prova que a flexão não é condicção que dê, como queria Bonnet, mais amplitude á synovial.

Em presença desses symptomas a primeira idéa que deve occorrer ao espirito do cirurgião é a da existencia, na articulação, de uma collecção liquida. Mas qual será a natureza desse liquido?

Só com os derramamentos purulentos da articulação é que poderá, pela fluctuação, ter alguma analogia a affecção desse individuo. E' muito possivel que a arthrite synovial termine em certas circumstancias pela suppuração, de modo que a articulação venha a encher-se de pús em quantidade mais ou menos abundante, segundo o trabalho morbido que alli se tenha estabelecido; mas na arthrite suppurada a existencia de reacção geral e os calafrios que precedem á formação das collecções purulentas, o estado de abatimento e prostração que em semelhantes condições apodera-se dos doentes, serão sufficientes, além das dôres pulsativas que se manifestão na articulação, para vos mostrarem que no meu doente trata-se de um tumor constituido por liquido de natureza muito diversa da do pús.

A arthrite sobrevinda sob a influencia dos resfriamentos ou da blennorrhagia póde ser acompanhada de derramamento de grande quantidade de serosidade na cavidade synovial da articulação; mas, além da impossibilidade dos movimentos pelas dôres intensas que se declarão nesses casos, como já vos mostrei por um exemplo, accresce que existe uma especie de infiltração serosa nos tecidos subcutaneos, e muitas vezes a flexão involuntaria da perna sobre a côxa, circumstancias estas que não se notão no doente em questão.

Estes symptomas são entretanto proprios da arthrite synovial aguda. Quando o estado inflammatorio tem cessado, as dôres podem diminuir ou desapparecer, e tornar possiveis os movimentos da articulação ; e então fica sómente a hydropisia ou collecção serosa da synovial, a qual é conhecida especialmente debaixo do nome de *hydarthrose*. Mas em regra geral esta affecção se manifesta como a hydropisia da tunica vaginal, lentamente, sob a influencia de um estado, antes irritativo do que verdadeiramente inflammatorio da synovial, de modo a não produzir mudança de côr e de estructura nas partes

exteriores, nem provocar dôres que difficultem os movimentos da articulação.

Foi esta, pela historia do doente, a evolução e marcha que teve a sua affecção. Estareis lembrados de que elle referio-me que por diversas vezes havia soffrido dôres rheumaticas nas articulações, as quaes provavelmente não erão senão symptomas da irritação synovial, que fixando-se por fim no joelho esquerdo deu em resultado o derramamento que alli foi verificado.

A séde de predilecção da hydarthrose é o joelho; algumas vezes o derramamento manifesta-se em ambas as articulações, em outras se revela em um só lado. A lentidão do processo morbido e a ausencia de phenomenos agudos durante a sua formação fazem com que a pelle não apresente modificações na côr e na textura. De que a hydropisia articular seja symptoma de irritação da synovial, não tenho a menor duvida, pois que nunca a observei sem que o doente me accusasse a existencia de dôres rheumaticas, ou de violencias sobre a articulação.

Entretanto vistes ainda neste doente que os incommodos provocados pela affecção erão nimiamente insignificantes, e podeis ficar certos de que a este respeito o prognostico é geralmente favoravel; todavia a hydropisia não desapparece espontaneamente, e, como a synovial apresenta-se nestas condições um pouco intumecida, e com signaes evidentes de irritação ou inflammação sub-aguda, é preciso que procureis combater esse estado afim de que as dôres desappareção, e seja absorvido o liquido que alli fôra derramado.

De que meios tenho lançado mão para preencher as indicações de que acabei de vos fallar?

Alguns cirurgiões aconselhão em taes casos as applicações locaes e repetidas da tintura de iodo, ou então largos vesicatorios que possão abranger a maior extensão possivel do joelho. Os vesicatorios deverão provocar a formação de uma grande bôlha,

que será rôta, e a ferida que d'ahi resultar deverá ser curada com basilicão. Quando a epiderme se achar constituida, ou a suppuração terminada, e a hydropisia articular tiver desapparecido, prescrevem-se de novo as pinceladas com tintura de iodo ou as pomadas de ioduroto de potassio, na dóse de 4 grammas d'esta substancia para 32 grammas de banha fresca.

E' a este methodo de tratamento que tenho recorrido para combater a hydarthrose do joelho do nosso doente. Já fiz applicação de dous vesicatorios. A collecção liquida tem diminuido e tende a desapparecer completamente. Mas notae como tem sido longo e doloroso este tratamento! O doente já se acha na enfermaria por espaço de dous mezes e a absorpção do liquido ainda não se effectuou!

Tenciono terminar o curativo pelo methodo até hoje seguido e que se póde considerar como classico. Se porventura em caso identico o resultado fôr negativo, podereis empregar sedenhos de gomma elastica ou a cauterisação transcurrente por meio do ferro em braza. Para a applicação do sedenho fareis de um ou de ambos os lados da rotula uma prega cutanea em cuja base passareis um trocater de modo a atravessal-a de parte a parte, e retirareis o perfurador para levar o tubo de *drainage* pelo interior da canula, que em seguida será extrahida afim de que aquelle alli permaneça e provoque pela inflammação suppurativa do tecido subcutaneo a derivação da irritação synovial e a absorpção do liquido accumulado na serosa do joelho. Este resultado póde pela mesma fórma ser alcançado por meio da cauterisação com o ferro em brasa, e é provavel que a reabsorpção da serosidade seja devida á maior actividade que a circulação adquire debaixo da influencia da excitação produzida pelo cauterio. A applicação deste meio poderá ser feita mais de uma vez, e o numero de riscas a praticar será proporcionado ao grão de excitação que tenhais em vista provocar. Em geral não faço com o cauterio cutellar mais de seis riscas, sendo tres do lado externo e tres do lado

interno da rotula, nem permaneço com elle durante muito tempo em contacto com a superficie cutanea, para que a cauterisação não exceda da espessura do derma.

Não preciso dizer-vos que as feridas resultantes da quéda das escaras devem ser curadas com basilicão, ou alguma pomada excitante, afim de entrarem em suppuração entretendo-se a excitação necessaria á absorpção da serosidade.

Mas si em certos casos encontrão-se recursos poderosos na cauterisação transcurrente, em outros que constituem a generalidade, podereis alcançar um resultado mais prompto e expedito na punção por meio do aspirador pneumatico de Dieulafoy, como fiz no doente que occupou o leito n. 15 desta enfermaria.

Esse individuo de 50 annos de idade, africáno, de temperamento bilioso e constituição fraca entrou para aqui no dia 5 de Setembro do corrente anno (1876) com um hydrocele da tunica vaginal esquerda e hydarthrose do joelho direito. Pratiquei a incisão da tunica vaginal, seguindo os principios da cirurgia anteseptica de Lister, e o doente restabeleceo-se sem o mais ligeiro accidente nos primeiros dias de Outubro: no dia 20 pratiquei a punção do joelho esquerdo por meio do apparelho de Dieulafoy, e, retiradas d'ahi umas 60 grammas de serosidade, appliquei em acto continuo um apparelho gessado bem acolxoado de algodão, e que se estendendo do pé até ao terço superior da côxa determinava uma compressão igual e uniforme em todo o comprimento do membro.

O doente não accusou accidente algum, e no dia 30 do mesmo mez, sendo aberto o apparelho, não observei a menor reproducção do liquido. Reappliquei o mesmo apparelho, recommendando a sua conservação por mais algum tempo, e, tendo sido encerrado n'esse dia o curso, voltei á enfermaria no dia 16 de Novembro para os exames clinicos dos alumnos, e soube que o doente se restabelecera e tivera alta no dia 8 d'aquelle mez.

E' evidente a differença do resultado entre este caso e o que obtive com o tratamento classico a que submetti o individuo

de hydarthrose e que ainda se acha na enfermaria. A efficacia d'este tratamento devia ser tanto mais patente quanto o doente é um individuo moço ou de 37 annos de edade ao passo que aquelle em que a hydarthrose foi tratado pela punção e pelo apparelho compressivo gessado, era um individuo de 50 annos de idade!

Se entretanto a punção e a evacuação simples do liquido contido na articulação, seguida da applicação de um apparelho compressivo gessado ou amidonado, não vos der resultado, ainda podereis combinar a punção com a injecção, na cavidade articular, de uma solucão branda de tintura de iodo.

Com o apparelho de Dieulafoy, tudo isso póde realizar-se com extrema facilidade, e sem risco de que o ar penetre no interior da articulação.

Os resultados admiraveis alcançados com o methodo curativo do professor Lister chegárão a um ponto que este cirurgião não teve a menor duvida em uma hydarthrose rebelde do joelho de abrir largamente a cavidade articular, e dar sahida ao liquido todo alli contido, e a instalar uma drainage conveniente, segundo o seu methodo, assegurando a cura completa sem suppuração nem ankylose.

O successo completo que alcancei no hydrocele do doente affectado de hydarthrose do joelho, por meio do curativo de Lister, não me deixa duvida sobre a inocuidade das mais notaveis operações em que se põe em pratica e com todo o rigor o methodo anteseptico d'esse professor; mas em relação á hydarthrose ainda não tenho nenhum caso de tratamento por meio da incisão e abertura da cavidade articular, para vos aconselhar com conhecimento de causa a sua execução.

Em todo o caso eu reservaria esse methodo de tratamento para os casos rebeldes e que não cedessem aos meios de que até aqui vos tenho fallado.

QUADRAGESIMA QUINTA LIÇÃO

DOS CORPOS ESTRANHOS ARTICULARES

SUMMARIO: — Historia de um doente affectado de uma lesão do joelho esquerdo caracterisada pela existencia de um corpo estranho n'essa articulação. — Meios do reconhecimento da lesão. — Nome pelo qual a molestia póde ser designada. — Natureza e modo de formação dos corpos estranhos articulares. — Séde de predilecção. — Theorias apresentadas acerca dos corpos estranhos das articulações. — Exame d'essas theorias. — Phenomenos resultantes da presença dos corpos estranhos articulares. — Conselhos dados por diversos cirurgiões em casos semelhantes. — Apreciação dos meios indicados. — Operação praticada no doente. — Resultado. — Vantagens do curativo antiseptico de Lister applicado ás operações d'essa ordem.

MEUS SENHORES,

Tendes no leito n. 23 d'esta enfermaria um individuo de 21 annos de idade, branco, Portuguez, de constituição fraca e de temperamento lymphatico, o qual se dedica á profissão de marinheiro, e para aqui me foi enviado da enfermaria de clinica interna, afim de ser tratado de uma affecção importante da articulação tibio-femoral esquerda. Esse individuo me referiu que em Junho do corrente anno, achando-se em uma manhã a estender o toldo do navio em que trabalhava, escorregára e cahira assentado com a perna esquerda em meia flexão e um pouco voltada para fóra, e que nesse momento sentira uma dôr violenta na articulação tibio-femoral esquerda, acompanhada de um estalido. As pessoas de bordo julgando que elle houvesse soffrido uma luxação, fizerão esforços para reduzil-a; mas como nenhum resultado tivessem alcançado, o mandárão para terra,

onde um boticario aconselhou que lhe applicassem sobre a parte lesada compressas embebidas em aguardente camphorada. Não tendo com este meio desapparecido as dôres, nem se tornado mais faceis os movimentos da articulação, o doente resolveu recolher-se a este hospital, onde lhe derão entrada para a 8.ª enfermaria de cirurgia. O cirurgião encarregado do serviço mandou-lhe applicar um vesicatorio sobre o joelho doente, e depois a tintura de iodo, com o que não tendo elle obtido nenhum resultado, no fim de dez dias pediu alta, e foi para bordo do seu navio. Não podendo, entretanto, andar sem experimentar de vez em quando dôres fortissimas no joelho, foi recolher-se ao hospital da Gambôa, onde lhe mandárão applicar doze sanguesugas ao joelho, e compressas d'agua vegeto-mineral. Como não obtivesse nenhuma melhora, pediu no fim de dez dias a sua alta, e retirou-se desse hospital. Sendo logo depois accommettido de bexigas, entrou para a enfermaria de clinica interna, d'onde, depois de restabelecido dessa molestia, me foi remettido para tratar-se da affecção do joelho, sobre o qual já alli se havia mandado applicar um vesicatorio e fazer fomentações de pomada mercurial, e mais tarde de pomada stibiada.

O individuo em questão apresenta sobre o corpo algumas crôstas resultantes da variola que soffreu ; mas todos os apparelhos organicos funccionão bem, e se julgaria em estado de saude se não fosse a dôr que, quando anda, experimenta na articulação femoro-tibial esquerda. Dirigindo sobre esta parte a minha attenção, observei que ella se achava mais volumosa do que a do lado opposto, e exercendo a apalpação notei que a rotula se achava afastada da superficie correspondente do femur, e que havia um derramamento capsular, pela fluctuação que alli podia perceber com facilidade. Entretanto a pelle conservava a sua côr normal, e a pressão exercida sobre as partes em que a fluctuacção era manifesta, não despertava nenhuma dôr, pelo que já havia pensado que o caso não passava de uma simples inflammação

chronica da capsula ou da synovial, quando ao examinar a fluctuação na parte externa da articulação ao lado da rotula, senti fugir sob os meus dedos um pequeno corpo, que depois de muito custo fui achar no lado interno, onde o prendi com os dedos, e percebi que tinha uma consistencia cartilaginosa, uma fórma arredondada, uma superficie que pareceu-me lisa e um volume talvez igual ao do caroço de um pecego.

O doente que nada me referira a este respeito, confessou-me então que desde o momento da quéda percebêra que em sua articulação movia-se um pequeno corpo em todos os sentidos, e que quando este vinha collocar-se aos lados da parte superior da rotula, elle não podia dar nenhum passo sem sentir uma forte dôr no joelho.

Como deve-se pois chamar a molestia do individuo em questão? De que natureza é o corpo que elle tem na articulação, e como alli se formára? Quaes os meios que podeis empregar em semelhantes casos? São estas, meus senhores, as questões que tenho de estudar neste momento, e acredito que todos vós acompanhareis com muito interesse o importantissimo facto que tendes debaixo de vossas vistas.

Não póde restar em vosso espirito a menor duvida de que o doente em questão tem um pequeno corpo em sua articulação tibio-femoral esquerda, o qual fôra encontrado depois do accidente que elle soffrêra a bordo do navio em que servia. Ambrosio Paréo foi o primeiro cirurgião que fallou da presença desses corpos nas articulações, e então a affecção tem sido denominada — corpos estranhos da articulação — cartilagens perdidas ou moveis na articulação — ou corpos moveis ou fluctuantes na articulação. O professor Nélaton, que é o autor desta ultima denominação, acha que ella é mais apropriada porque se pódem distinguir semelhantes corpos dos que são levados ao interior da articulação pelas armas de fogo, ou em virtude de outros accidentes; e porque nem sempre elles são formados por pedaços de cartilagem da

articulação. Não teria a menor duvida em admittir a denominação do professor Nélaton se esses corpos fossem sempre moveis na articulação ; mas é que elles são algumas vezes fixos, ou em sua totalidade ou em parte de sua extensão, como mesmo esse professor reconhece quando falla da anatomia pathologica desses corpos. Não posso aceitar a denominação dada por Velpeau, Samuel Cooper, Erichsen e outros — de cartilagens moveis ou perdidas na articulação — pela razão de que nem sempre esses corpos são constituidos por cartilagens, nem gozão de mobilidade em todos os casos. A denominação — de corpos estranhos — dá logar á confusão presentida ou indicada pelo professor Nelaton ; mas para tirar toda a duvida a este respeito, julgo que, como esses corpos se fórmão no organismo do proprio individuo, ou são devidos a diversas causas que tem origem na propria articulação, poderáõ talvez denominar-se — *corpos estranhos formados nas articulações*.

Seja como fôr, é commummente na articulação tibio-femoral que se apresentão ou se formão taes corpos estranhos, mas podem ser encontrados na articulação escapulo-humeral, humero-cubital e temporo-maxillar. Em geral não se observa mais de um corpo estranho; outras vezes, porém, póde-se encontrar um grande numero delles. O seu volume pode ser igual ao de um feijão, e elevar-se d'ahi até mesmo ao tamanho da rotula ; entretanto quando se encontra mais de um desses corpos, o seu volume é sempre menos notavel do que em condições oppostas.

A sua fórma é muito variavel, e com effeito elles são ora ovaes, ora quadrilateros, ora redondos, mais ou menos achatados com superficies algumas vezes lisas e polidas, outras cheias de asperezas, e com a côr esbranquiçada e semelhante a das superficies articulares, ou das cartilagens. Tem-se entretanto encontrado alguns desses corpos com a côr das cartilagens no exterior, e com um nucleo de côr escura no interior.

Muitas theorias têm sido apresentadas relativamente à formação dos corpos estranhos nas articulações. Assim Ambrosio Paréo acreditava qūe elles tinhão sua origem em concreções do liquido secretado pela capsula articular. Hunter, tendo observado que esses corpos apparecião commummente sob a influencia das contusões das articulações, suppoz que elles provinhão da organização do sangue que nestas condições podia ser alli derramado, pois que este liquido, segundo as suas experiencias, se transformava sempre, quando se achava fóra dos vasos, em tecido semelhante ou igual ao da parte que devia ser reparada ; e portanto em uma articulação o corpo que tinha de se formar, apresentava os caracteres das cartilagens inter-articulares.

Laennec era de opinião que os corpos estranhos se formavão no tecido sub-seroso da articulação, e que, à medida que ião augmentando de volume, levavão diante de si a synovial, como faz o testiculo com o peritoneo, até chegarem a um ponto em que apenas presos a essa membrana por um pediculo, desligavão-se deste e cahião na cavidade articular.

Gooch, Erichsen e outros praticos inglezes acreditavão que os corpos estranhos que apparecião formados nas articulações erão constituidos por pedaços de cartilagens desprendidos das superficies articulares por violencias externas, ou por contusões dessas partes. Em um caso observado pelo professor Velpeau, vindo o individuo a perecer depois da operação, observou-se que o corpo extrahido da articulação era constituido por um pedaço de cartilagem, de modo que a superficie articular apresentava uma perda de substancia, em que se acommodava perfeitamente o corpo que alli tinha apparecido. Factos identicos já havião sido observados por Malherbe, Lisfranc e por alguns outros cirurgiões.

A theoria de Ambrosio Paréo não acha nenhum apoio nos factos clinicos, nem na analyse dos corpos estranhos da articulação.

Comquanto a theoria de Hunter fosse apoiada pelo professor Velpeau, está hoje plenamente provado, pelas investigações do professor Paget e de muitos outros praticos, que o sangue derramado nos tecidos não soffre nenhuma organisação tendente á reparação das partes; e que, pelo contrario, a sua parte liquida é absorvida no fim de algum tempo, sendo o residuo ou a parte solida envolvida pelos verdadeiros materiaes reparadores, e por fim absorvida pelos vasos que procedem da organização da lympha plastica ou, segundo as theorias modernas, do tecido conjunctivo.

Entretanto se concebe que o sangue depois de perdida a parte liquida, ou depois de coagulado, possa adquirir os caracteres de um tecido que se une ás partes subjacentes, e fórma os tumores chamados phlebolitos.

De tudo isto resulta que não posso admittir, como ainda tereis occasião de ver, as idéas de Hunter quanto á reparação das partes por meio do sangue, mas acredito com elle, não pela razão apresentada, mas pela observavação dos factos, que depois de um derramamento sanguineo, este liquido póde concretar-se e constituir-se ulteriormente em corpo estranho da articulação. Entretanto, esse modo de formação dos corpos estranhos articulares deve ser mui raro, já pela natureza do accidente que determina o derramamento sanguineo, já porque este liquido é muitas vezes absorvido, ainda que para isto seja preciso um tempo excessivamente longo.

A theoria de Laennec, firmada na observação directa de alguns casos, conta um grande numero de partidarios, mas quando penso na frequencia das inflammações da synovial e do tecido sub-seroso, e na raridade dos corpos estranhos da articulação, não sei si essa condição é sufficiente para explicar, independente de outra qualquer circumstancia, a formação desses corpos. Não quero com isto dizer que a theoria de Laennec não deva ser admittida, mas só desejo mostrar que ella não será sufficiente para explicar em todos os casos a origem dos corpos estranhos.

Os factos em que estes corpos tem provindo da separação de um pedaço do menisco ou da cartilagem inter-articular são em numero sufficiente para mostrar que elles podem ter essa origem, e pois tendo em conta o accidente de que foi victima o doente que aqui se acha e a apparição consecutiva do corpo estranho em sua articulação, julgo que este apresentou-se em consequencia do arrancamento de um pedaço da cartilagem da superficie articular do femur, tal como teve logar no caso observado pelo professor Velpeau.

Ainda que os condylos do femur e do tibia apresentem superficies que se adaptão perfeitamente bem, e sem embaraço para os movimentos do membro, póde acontecer que em uma quéda as superficies articulares se desviem para qualquer dos lados, e venha uma bater obliquamente sobre a outra, de modo que um pedaço de cartilagem do femur seja separado de sua superficie respectiva, e venha por este modo constituir um corpo estranho na cavidade articular.

Em qualquer circumstancia, a presença desse corpo determina uma inflammação da synovial, e d'ahi um derramamento mesmo notavel, como se dava no doente desta observação. A articulação não póde então executar o menor movimento, sem que se manifeste uma dôr mais ou menos intensa, e mesmo atroz, e capaz de fazer com que o doente tenha uma syncope, ou caia por terra. Essa dôr tem sido considerada por alguns como devida á pressão que por sua interposição entre as superficies articulares exerce o corpo estranho; mas, como mostrou o Sr. Richet, ella não depende dessa causa, pois que as cartilagens de incrustação são insensiveis, e assim não póde ser devida senão ao repuxamento dos ligamentos para separação das superficies articulares, ou ao beliscamento da membrana synovial nos movimentos do membro.

Seja como fôr, os corpos estranhos formados nas articulações constituem uma molestia excessivamente incommoda, e si não compromettem a vida dos doentes, os deixão em estado de não

poderem andar, como acontece com o individuo desta observação, e de exigirem até a amputação do membro, o que para elles é preferivel aos tormentos que experimentão. Este recurso não deve entretanto ser de modo algum abraçado, e ainda que os meios operatorios que a arte nos offerece, sejão revestidos de muita gravidade ; comtudo é a elles que deve-se recorrer nos casos como o que vos expuz.

Ambrosio Paréo não teve o menor receio de abrir directamente a articulação de um individuo para extrahir um corpo estranho que alli tinha-se formado, e comquanto nestas condições a operação fosse seguida de bom resultado, entretanto muitos outros cirurgiões que quizerão imitar o seu procedimento, soffrerão os maiores revezes, por causa da arthrite traumatica que se manifestava com a abertura da articulação.

Deste modo alguns praticos, quando se apresentava um individuo com corpo estranho na cavidade articular, erão de parecer que se devia abandonal-o, sem tentar a extracção, ou então praticar de preferencia a amputação do membro ; outros, porém, que não querião cahir nestes dous extremos, derão o conselho de prender o corpo estranho em uma posição que não dispertasse dôr na articulação, e de fixa-lo ahi por meio de compressas ou de uma agulha de catarata, até que se tivessem estabelecido as adherencias convenientes entre elle e a face interna da membrana synovial.

Este meio, como se comprehende, não pode offerecer grande resultado, já pelas difficuldades que ha em se fixar o corpo estranho, já porque quasi nunca se estabele a adherencia que se procura obter.

Desault, pensando então com razão que uma das causas que concorrião para a gravidade da arthrite dependia da communicação do ar exterior com a articulação, resolveu em alguns casos sujeitos á sua observação, fazer a extração dos corpos estranhos articulares por modo tal que a solução de continuidade da pelle não ficasse em relação com a membrana

synovial. Nestas condições, pois, depois de ter collocado o corpo estanho em uma posição accessivel, e de haver levado a pelle para baixo ou para cima na maior distancia possivel, elle praticava uma incisão que comprehendia todos os tecidos até chegar ao corpo estranho, e logo que este era extrahido ou lançado para o exterior, abandonava a pelle a si mesma, e obrigava a occupar a sua posição, de modo a destruir o parallelismo das incisões. Este methodo operatorio deu-lhe os melhores resultados, pelo que elle o aconselhou como proficuo, e o mais innocente que se podia imaginar.

Goyrand de Aix, ou porque não acreditasse que o processo de Desault deixasse o doente ao abrigo da arthrite traumatica, ou por que conhecesse que as incisões subcutaneas podião ser de mais proveito, apresentou a observação de dous casos em que elle havia introduzido obliquamente um bisturi com a lamina de encontro á pelle até chegar á parte da membrana synovial correspondente ao corpo estranho, onde voltando então o gume ou a ponta do instrumento contra a capsula a dividiu largamente e fizera com que esse corpo fosse impellido para o exterior, de modo a ficar entre ella e a pelle, onde fora fixado até á cicatrização da capsula, e dalli extrahido logo depois.

Todos os cirurgiões julgão que este processo offerece vantagens que não se encontrão no processo de Desault; mas não sei si na pratica tem dado sempre bom resultado, e si põe o doente ao abrigo da arthrite traumatica, causa da gravidade de todas essas operações. Em todo o caso, o processo de Goyrand deve ser de uma execução mui difficil em relação á passagem do corpo estranho pela fenda ou abertura da capsula, e á permanencia delle entre esta e o tecido cellular subcutaneo. Não é sómennte a razão que mostra as difficuldades que nestas condições se devem encontrar; Bonnet de Lyão em um caso em que praticou a operação de Goyrand, não conseguiu fazer com que o corpo estranho passasse na larga incisão feita na membrana

synovial, para vir ficar entre esta e o tecido cellular circumvisinho.

Entendo que não deixa de offerecer algum perigo a extração dos corpos estranhos articulares, nem posso assegurar, ou ter a certeza de que a arthrite não se desenvolva qualquer que seja o processo operatorio que se ponha em execução, mas o doente em questão não podia dar nem um passo sem sentir dores agudas na articulação, exigia a extração do corpo estranho ou então a amputação da côxa não querendo ficar condemnado a viver enfermo; e em taes condições julgando que o processo de Desault é mais seguro e não tem mesmo dado peiores resultados que o de Goyrand, foi a elle que dei preferencia.

Collocado com effeito o doente sobre o mesa das operações no dia 6 de Setembro e submettido em seguida á acção do chloroformio, logo que a anesthesia tornou-se completa, impelli o corpo estranho para a parte externa e superior da articulação respectiva, um pouco para trás e para cima do nivel do bordo externo da rotula, e sustentando-o ou fixando-o com os dedos pollegar e indicador da mão esquerda, emquanto que um ajudante, comprimia a rotula contra as superficies articulares dos ossos, e levava ou retirava fortemente para baixo a pelle da face externa da articulação, tomei um bisturí ponteagudo, e pratiquei uma incisão de uma pollegada de extensão, de modo a comprehender de fóra para dentro todos os tecidos até ao corpo estranho. Introduzindo então entre os labios da solução de continuidade uma pinça de dissecção, prendi com ella o corpo estranho e depois de algumas tentativas, e de ter mesmo augmentado a incisão primitiva com mais meia pollegada de extensão para facilitar a sua sahida consegui por fim a extracção completa. Suspensas as inhalações do chloroformio, e limpa rapidamente a ferida de algum sangue que a manchava, foi desfeito o parallelismo que havia entre a incisão externa e a dos tecidos profundos, e depois de unidos intimamente os bordos da solução de continnidade

por meio de algumas tiras agglutinativas, appliquei sobre o ponto que a ella correspondia um pedaço de panno crivado, alguns fios, e uma pequena compressa, e sustentei tudo isto por meio de uma atadura circular, passada em volta de toda a articulação, de modo a exercer sobre esta uma ligeira compressão. Todo o membro abdominal respectivo foi immobilisado por um apparelho contentivo composto de coxins e de talas, e logo que o doente voltou a si do somno anesthesico, fiz passal-o para seu leito, e prescrevi: para uso externo uma irrigação contínua de agua vegeto-mineral sobre o joelho operado; e para uso interno, de 4 em 4 horas, uma pilula de 3 centigrammas de calomelanos e um centigramma de chlorhydrato de morphina.

Visitado o doente no dia 7, disse-me elle que havia sentido muitas dôres na articulação, as quaes se tornárão agudissimas durante toda a noite, de modo a não deixal-o conciliar o somno. A pelle conservava a sua temperatura normal, e a radial não marcava mais de 100 pulsações por minuto. Como me dissesse que a atadura, passada ao redor da articulação a comprimia demasiadamente, entendi dever cortar a mesma atadura, o que feito, pude observar que o joelho offerecia um engorgitamento notavel sem grande augmento de temperatura e de rubor da pelle, e sem que a apalpação despertasse muita dôr. Collocado o membro no apparelho contentivo que havia retirado para o exame do joelho, mandei continuar com as pilulas de calomelanos, e as irrigações de agua vegeto-mineral, e receitei, além disto, umas pilulas de sulphato de quinina na dóse de 15 centigrammas cada uma, para serem administradas alternadamente com as primeiras.

No dia 8 o doente communicou-me que as dôres da articulação não tinhão diminuido de intensidade, e o encontrei com o apparelho cantentivo todo desarranjado, e com a colxão e lençóes inteiramente molhados, por ter elle ou o enfermeiro que vigiava os doentes durante a noite, aberto a torneira do irrigador. Entretanto na occasião em que o vi, a sensibilidade do joelho não

era pronunciada; comtudo o engorgitamento tinha-se tornado mais notavel, e exercendo a apalpação descobri uma ligeira fluctuação ao lado interno da rotula de modo a indicar que existia algum liquido no interior da articulação. A lingua estava humida, a sêde não era intensa, a pelle não apresentava augmento de temperatura, e a radial não dava mais de 100 pulsações por minuto. Mudei o doente com todo o cuidado para uma outra cama, colloquei de novo o apparelho que mantinha o membro na immobilidade, e mandei continuar com as irrigações frias resolutivas e com os meios precedentemente indicados, recommendando ao enfermeiro que não levasse a crueldade ao ponto de lhe serem indefferentes os soffrimentos de um pobre desgraçado collocado sob sua vigilancia.

No dia 9 soube que o doente havia passado o resto do dia e a noite antecedente bastante tranquillo, e sem quasi experimentar a menor dôr na articulação. Esta apresentava, entretanto, o mesmo volume, e a apalpação ainda revelava a existencia de liquido no interior da synovial; mas a pressão não determinava alli grande exaltação de sensibilidade. A solução de continuidade da parte externa do joelho parecia unida no fundo; os seus bordos, porém, achavão-se superficialmente separados, e fornecião algum pús. A sêde havia diminuido, mas o pulso ainda apresentava a mesma intensidade e frequencia.

No dia 10 o doente apresentava grande modificação em seu estado: o pulso era menos frequente, a lingua estava humida, a sêde era nulla e o appetite tinha-se desenvolvido de modo que mandei continuar com os mesmos meios, e prescrevi a diéta de frango assado com arroz.

No dia 11 o joelho ainda se apresentava bastante engorgitado; os fios que tinhão sidos applicados na vespera sobre a ferida achavão-se embebidos de pús e de serosidade.

A fluctuação na articulação era menos manifesta, e quando se comprimião os tecidos circumvizinhos sahia pelo angulo inferior

da solução de continuidade um liquido esbranquiçado e seroso, de modo a indicar que o interior da articulação communicava com o exterior por um pequeno ponto ou orificio collocado no angulo inferior da ferida.

O estado geral era bom ; o pulso se achava a 75 por minuto, a lingua estava larga e humida, e as funcções digestivas se exercião regularmente.

Nestas condições mandei suspender as irrigações d'agua vegeto-mineral, prescrevi os mesmos meios internos, e fiz applicar sobre o joelho uma larga cataplasma de unguento napolitano e de belladona.

Do dia 12 ao dia 14 o doente não offereceu nenhuma modificação em seu estado : o joelho apresentava-se bastante engorgitado, a perna e o pé um pouco edemaciados, e a solução de continuidade achava-se com seus labios affastados, fornecia algum pús, e ainda de seu angulo inferior corria um liquido seroso que molhava os fios que alli erão applicados diariamente.

No dia 15 apresentando-se com alguma diarrhéa, mandei suspender o uso dos calomelanos e do sulphato de quinina, e prescrevi-lhe internamente o cozimento branco gommado de Sydenham, e as cataplasmas de unguento napolitano e de belladona sobre o joelho, conservando o membro ainda immobilisado por meio do apparelho contentivo.

No dia 26 o doente apresentou-se inteiramente livre da diarrhéa, mas, como antes, o engorgitamento do joelho não havia durante todos esses dias soffrido a menor modificação. Qualquer movimento, quer voluntario quer communicado ao membro doente, repercutia dolorosamente na articulação ; mas quando esta se achava em repouso, nenhuma dôr revelava-se alli. Os bordos da ferida apresentavão-se afastados, um pouco invertidos para fóra e ulcerados, e a suppuração era ainda fornecida em quantidade sufficiente para deixar molhados os fios do curativo. Nestas condições mandei fazer applicação de um largo

vesicatorio sobre o joelho, e prescrevi para ser dado internamente o iodureto de potassio na dóze de 80 centigrammas por dia. O doente que por causa da diarrhéa foi submettido á diéta de caldo de gallinha, e depois á de canja de frango, passou a comer um pouco de carneiro assado com arroz.

No dia 27 não notei modificação alguma no estado do doente. Mandei continuar com a mesma diéta e tratamento, repetindo-se o vesicatorio por não ter o que fôra applicado na vespera produzido o menor effeito.

No dia 28 cortei a vesicula produzida pelo vesicatorio e curei a ferida com basilicão. O doente disse que sentia menos dôr quando se movia o membro, mas a exaltação da sensibilidade era ainda bastante pronunciada, e a ferida do joelho não apresentava nenhuma modificação. Prescrevi o mesmo tratamento, com o qual continuou o doente até ao dia 2 de Outubro, em que, tendo reapparecido a diarrhéa em consequencia de alimentos que lhe forão fornecidos pelos companheiros dos leitos proximos, mandei suspender o uso de iodureto de potassio e dar-lhe internamente um purgante de sulphato de magnesia, tendo por diéta caldos de gallinha.

No dia 4 de Outubro a diarrhéa tinha de todo desapparecido, mas pouca diminuição se déra no engorgitamento do joelho e na edemacia do membro. Submetti de novo o doente ao uso do iodureto de potassio, e mandei applicar sobre a articulação as cataplasmas de unguento napolitano e de belladona, sendo-lhe dada a diéta de gallinha assada com arroz.

No dia 6 o joelho ainda se apresentava bastante engorgitado, e a perna e o pé com a mesma edemacia, e qualquer movimento impresso ao membro repercutia com igual dôr na articulação. A ferida se achava com os bordos afastados e ulcerados; mas já não corria nenhum liquido seroso ou purulento, quando se comprimia a articulação. A pedido do doente retirei o apparelho que até então sustentava e continha o membro, e mandei applicar

sobre o joelho um largo vesicatorio, e continuar com a mesma diéta e tratamento interno.

Do dia 7 ao dia 12 o doente offereceu poucas modificações no seu estado : o joelho continuava ainda com o mesmo engorgitamento, entretanto não havia na synovial nenhum derramamento de liquido, apreciavel pela apalpação. A ferida neste ultimo dia apresentava-se mais funda e transformada em uma larga ulcera de bordos talhados a pique e invertidos para fóra. O doente podia mover o membro para dentro e para fóra ; mas quando este era elevado mesmo com cuidado, o movimento que a elle era impresso repercutia dolorosamente, sobretudo no lado interno da articulação ; nenhuma melhora havia na edemacia da perna e do pé. Nestas condições mandei continuar com o uso do iodureto de potassio, e fiz sobre o joelho e sobre a ulcera uma loção com tintura de iodo pura.

Com estes meios passou o doente até ao dia 19, em que não tendo notado quasi nenhuma modificação em seu estado, mandei continuar com as loções de tintura de iodo, e prescrevi para uso interno tres colhères por dia do rob de Laffecteur, sendo concedida a diéta de carne assada com pão.

No dia 25 o caracter ulcerativo da ferida tinha desapparecido, e esta apresentava-se menos profunda, com os labios abatidos, e em pleno trabalho de cicatrização. O doente movia o membro com mais facilidade, e não erão tão dolorosos os movimentos communicados ; entretanto ainda era mui sensivel o engorgitamento do joelho, e pouca modificação tinha havido na edemacia da perna e do pé. Não é preciso dizer que mandei continuar com a mesma medicação.

No dia 30, em que se encerrárão os trabalhos da clinica, a ferida da parte externa do joelho estava cicatrizada em mais de metade de sua extensão, de modo a não ter mais de uma pollegada de comprimento e meia de largura. O seu fundo formado por botões carnosos, tinha uma côr rosacea, e o pús secretado

era em pequena quantidade e de boa natureza. O joelho estava mais volumoso que o do lado opposto, porém apresentava-se menos engorgitado do que nos dias anteriores. O doente conservava sempre o membro em extensão, mas o movia para dentro e para fóra sem experimentar a menor dôr na articulação. A apalpação não revelou no interior da synovial a presença de liquido, nem de productos de natureza estranha.

O Sr. Dr. Hilario Gouvêa, então interno de clinica, ao qual dei para examinar o corpo que foi extrahido da articulação desse individuo, entregou-me por escripto a seguinte descripção : corpo de aspecto cartilaginoso com o volume mais ou menos de um grande botão de sobrecasaca, e de circumferencia irregular ; apresenta uma face lisa, luzidía e ligeiramente convexa, e outra aspera, e semeada de escabrosidades. Depois de cortado, a superficie seccionada era clara e transparente á medida que se aproximava da face lisa, e se apresentava pelo contrario opaca e de côr branca na porção que está mais proxima da face aspera, havendo nos pontos intermediarios variedades de transição. Durante a secção, a resistencia augmentava da superficie lisa para a face escabrosa.

Uma delicada fatia foi tirada na direcção perpendicular ás faces, e duas outras, uma parella á face lisa e outra á aspera. Observada a primeira, notei que nos pontos mais proximos da face lisa apresentavão-se cellulas esphericas bastante volumosas e a duplo contorno ; ao passo que quando se fazia passar o corpusculo por baixo do objectivo as cellulas tinhão menor volume, erão ovaes e alongadas, e de seu interior partião diversas ramificações, das quaes umas parecião terminar em fundo de sacco, e outras abrir-se nas cellulas mais proximas.

Para quem tem visto uma só vez as cellulas osseas, era quanto bastava para tirar a conclusão : entretanto examinei ainda as duas fatias parallelas ás faces, e esse exame, corroborando o primeiro, ainda mais concorreu para que se concluisse que o corpo estranho encontrado na articulação era constituido por um

fragmento da cartilagem de encrustação, desprendido de uma das superficies osseas da articulação.

A observação que vos apresentei é importante já pela singularidade do facto, já pelos phenomenos que se manifestárão depois da operação.

Antes de tudo devo dizer-vos que o exame do corpo que foi extrahido da articulação deixou bem patente que este não se formára segundo o mecanismo indicado por Laennec, e que era antes o resultado da separação de um fragmento da cartilagem de encrustação, já porque não se notava alli ponto algum que parecesse ter sido fixado por um pediculo, já porque as suas faces tinhão muita regularidade, e era uniforme a transição que havia de uma para outra parte.

Não poderá tambem restar em vosso espirito a menor duvida de que depois da operação o individuo em questão foi acommettido de uma arthrite caracterisada por engorgitamento bastante pronunciado do joelho, pelas dôres que se manifestárão, e finalmente pela reação geral que apparecêra no dia seguinte. Os meios empregados para prevenir este resultado não forão proficuos, mas não se póde negar que concorrêrão até certo ponto para moderar a intensidade da inflammação articular, e impedir que esta terminasse pela suppuração, tanto mais quanto depois de alguns dias o interior da articulação achou-se evidentemente em communicação com o exterior por meio de um pequeno orificio que havia no angulo inferior da incisão, e por onde a compressão exercida sobre o joelho fazia sahir um filete abundante de serosidade.

Depois de algum tempo, e já quando a ferida da parte externa do joelho marchava para a cicatrização, foi ella invadida por um trabalho ulcerativo que muito me assustou, e que não pôde explicar-se senão pela inoculação do virus venereo, pois havia ao pé do individuo em questão um doente affectado de cancro venereo molle, e muitas vezes este fornecia áquelle fios para o curativo da ferida. O aspecto e a extensão que esta adquirira de um

momento para outro, indicavão mesmo que não se tratava de uma ulcera de outra natureza. Felizmente por meio da cauterisação com a tintura de iodo, consegui modificar o caracter da ulceração e activar a cicatrização, de modo que quando deixei o serviço da enfermaria, a ferida tinha diminuido em mais de metade de sua extensão.

Quem conhecer a lentidão da marcha da arthrite não se admirará por certo de que não se observassem modificações de um instante para outro no estado do joelho do doente, sob a influencia dos meios que prescrevi. Entretanto os seus effeitos não deixárão de ser beneficos, pois que a molestia tendia sempre para a resolução.

A operação que pratiquei fôra seguida, como todos os casos do mesmo genero, de uma arthrite traumatica, que podia acarretar a morte do doente; e é mais um exemplo para que não se tente a extracção dos corpos extranhos das articulações senão nos casos que vos indiquei.

Ainda que tivesse concluido o serviço da clinica cirurgica da Faculdade de Medicina, o caso em questão era bastante importante para não deixar de acompanhal-o até sua terminação.

Debaixo da influencia das loções com a tintura de iodo, a ferida da parte externa do joelho achou-se no fim de trinta dias completamente cicatrizada, e o engorgitamento articular e a dôr que se revelava no joelho tinhão por tal modo diminuido, que o doente já podia pôr-se de pé e dar alguns passos.

O collega que tão dignamente me veio substituir, mandou por varias vezes applicar sobre o joelho a pomada mercurial, e submetteu o doente ao uso do iodureto de potassio, de modo que examinando-o em meiado de Dezembro o encontrei no seguinte estado: physionomia expansiva e de quem estava no gozo de uma saude florescente; o joelho que soffreu a operação se achava com um volume igual ao do lado opposto; o movimento de flexão da articulação era limitadissimo, de modo a indicar a existencia de

uma ankylose incompleta, tanto mais quanto a rotula se achava inteiramente livre. A edemacia da perna e do pé desapparecera completamente, e o doente andava bem sem experimentar a menor dôr.

Julgo que a ankylose póde ser perfeitamente destruida, de modo a darem-se ao membro todos seus movimentos.

Si no tempo em que tive de prestar os meus cuidados a esse doente, fosse como actualmente conhecido o curativo anti-septico de Lister, por certo que seguiria os preceitos d'este cirurgião e faria a operação pelo antigo processo de Ambrosio Paréo, que consistia em retirar o corpo estranho por meio de uma incisão longitudinal aos lados da rotula, ou de abertura franca da articulação, tendo porem o maior cuidado em seguir com todo o rigor os preceitos de Lister não só em relação ás pulverisações phenicadas durante a operação, como sob o ponto de vista dos curativos subsequentes.

Pelos resultados que tenho tido nos hydroceles curados pela incisão, não ha duvida de que a união da ferida articular se poderia estabelecer sem arthríte, sem suppuração e sem ankylose, apezar da installação necessaria de um ou mais tubos de drainage para esgôto dos liquidos secretados.

Quando Lucas Championière publicou a sua *memoria acerca da cirurgia anti-septica*, jà Saxtorph, de Copenhague, havia praticado a incisão do joelho para a extracção de corpos estranhos em dez doentes, obtendo resultado feliz em nove e apenas um insuccesso; e por sua parte o professor Lister tinha feito muitas d'essas operações com o mais explendido resultado.

QUADRAGESIMA SEXTA LIÇÃO

DOS TUMORES BRANCOS

SUMMARIO :— Estudo comparativo entre um doente de synovite exsudativa e outro de tumor branco do joelho esquordo.— Historia deste ultimo doente.— Symptomas que apresentou.—O conjuncto dos phenomenos caracterisa a affecção chamada tumor branco.—Nome dado por Delpech, Reymar, Boyer e Brambilla.— Essa affecção não fôra desconhecida dos antigos,— Trabalhos emprehendidos por Wisemann.—Movimento scientifico realisado a este respeito na Inglaterra por B. Brodie e B. Bell.—Trabalhos modernos dos cirurgiões francezes, belgas e allemães.— Cuidados que se tem prestado entre nós ao estudo dos tumores brancos.— Tentativas para se mudar esta designação.— Os nomes dados por Piorry, Volpeau e Richet não servem para exprimir a natureza da affecção.— Anatomo-pathologicamente é uma synovite ou osteo-synovite, mas de marcha e evolução especiaes.— Alterações morbidas.— Divisão da affecção em tres periodos.— Phenomenos de cada periodo.— Casos observados na clinica.— Periodo em que se acha o doente affectado de tumor branco do joelho.— Meios therapeuticos aconselhados no 1.º e 2.º periodos.— Vantagem da immobilisação e repouso.— E' o meio por excellencia. —Indicações da affecção no 3.º periodo.— Injecção iodada, cauterisação, amputação e resecção. — Meio preferido. — Rasões apresentadas. — Resecção do joelho em um outro doente.

MEUS SENHORES,

Tivestes ha dias occasião de observar aqui n'este amphytheatro um caso de synovite sub-aguda do joelho esquerdo acompanhada de derramamento intra-articular, e consecutiva a uma entorse dessa articulação por occasião de uma quéda que déra o doente. Notastes que o joelho respectivo se achava augmentado de volume, com as depressões acima e abaixo da rotula substituidas por alguma saliencia, e que quando eu circumscrevia toda a região com as duas mãos e exercia certa pressão sobre a face

correspondente da mesma rotula, sentia ou percebia que esta estava separada dos condylos do femur sobre que ia bater, fazendo então refluir o liquido que se tinha derramado na articulação, e dando em resultado a sensação evidente de fluctuação. Todas essas explorações forão acompanhadas de dôr mais ou menos viva, que era pela mesma sorte despertada quando se levava muito longe ou a um grão exagerado o movimento de flexão do joelho, ou quando o doente se punha de pé. Os movimentos de lateralidade erão mais pronunciados n'esse joelho do que no opposto; e quando se punha a perna em flexão sobre a côxa, formavão-se duas saliencias oblongas aos lados da rotula, nas quaes se podia perceber a fluctuação com nimia facilidade. A côr escura do nosso doente não deixava apreciar na pelle correspondente á região qualquer rubor, e só se via que ella se achava mais luzidia.

Comparae agora os phenomenos dessa arthrite com os que podeis notar no joelho esquerdo do doente que ha 15 dias veio occupar o leito n. 30 desta enfermaria. E' uma affecção que começou pelo mesmo modo que a do doente a que acima me referi; mas como tudo marchou diversamente! N'aquelle vistes que a favor do repouso do membro em uma goteira apropriada, e por meios de largos vesicatorios sobre o joelho, e das fomentações com a tintura de iodo, o liquido foi pouco a pouco sendo absorvido, as dores deminuirão e o doente alcançou no fim de tres semanas a sua alta completamente restabelecido, ao passo que o doente que aqui se acha ha poucos dias apresenta-se em condições que só na amputação da coxa é que se encontrão os necessarios recursos para salvar-lhe a vida. Permitti que vos faça antes de tudo a historia da affecção do doente, para que possaes melhor apreciar as differenças que se encontrão entre este caso,e o outro que já vos fiz observar.

O doente é um portuguez, branco, de 34 annos de idade, casado e carpinteiro naval de profissão. Não tereis duvida em

capitular de lymphatico o seu temperamento e de fraca a sua constituição: o aspecto é de um homem cujos soffrimentos deverião datar de muito tempo; tem as faces descarnadas, as maçães do rosto salientes, e os olhos encovados.

A affecção do joelho data de tres annos pouco mais ou menos. Tinha esse individuo ha tempos uma blennorrhagia, quando um dia começou a sentir dôres e algum augmento de volume na articulação tibio-femoral esquerda, e apezar d'isto não experimentou grande difficuldade nos movimentos da parte, e continuou a entregar-se aos trabalhos de sua profissão. Tendo porém ha dous annos soffrido uma tão forte pancada sobre esse joelho, que chegára a perder os sentidos e a cahir, resultou-lhe uma forte inflammação na articulação, acompanhada de dôres intensas e de augmento de volume da mesma parte. Não obstante o tratamento a que foi submettido, formárão-se algum tempo depois ao redor do joelho alguns abcessos, que com o pús davão sahida a um liquido unctuoso semelhante á clara d'ovo. O medico, a cujos cuidados estava entregue, passou-lhe alguns tubos de *drainage*, que depois os retirou, deixando apenas ao lado externo do joelho um desses tubos, e em breve as aberturas por onde este passava, forão pouco a pouco augmentando de extensão de modo que, retirado tambem esse tubo, ellas não se reunirão, tornárão-se proeminentes, e continuárão a fornecer um liquido sero-purulento em maior ou menor quantidade.

Foi então que o doente tomou a resolução de recolher-se á enfermaria de clinica a meu cargo.

Concentrae agora a vossa attencção sobre a região que é séde dos soffrimentos do nosso doente. Vêde em que attitude se acha o joelho, ou o membro abominal esquerdo. O doente tem a perna com effeito em meia flexão sobre a côxa, e o joelho repousa pela face externa sobre um travesseiro collocado logo abaixo e para traz da solução de continuidade cheia de tecido exhuberante que se nota n'essa face.

O joelho (fig. 14) desde os condylos do tibia até aos do femur apresenta-se nimiamente augmentado de volume, e tem uma fórma globulosa ; as saliencias e depressões naturaes não existem mais ; porém a sua superficie não é inteiramente liza, e na parte interna o contorno é mais saliente do que externamente, onde existe uma solução de continuidade de fórma arredondada, de 4 centimetros de diametro, de superficie saliente, fungosa, exhuberante e desigual, d'onde transuda um liquido sero-purulento um pouco fetido. Além desta ulcera, notão-se sómente na superficie do joelho algumas pequenas cicatrizes resultantes de antigos abcessos ou dos tubos de drainage que alli forão applicados.

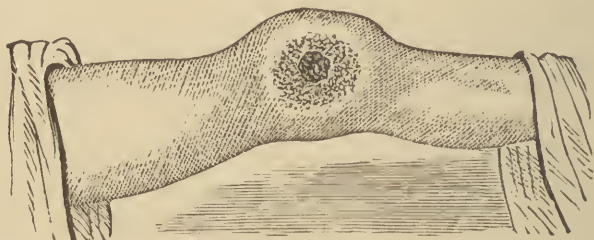



Fig. 14. — Joelho affectado de tumor branco. Ao lado externo está indicada a fórma da solução de continuidade que estabelecia a communicação do exterior com o interior da articulação.

A pelle tem uma côr esbranquiçada, e se acha um pouco lusidia e como que sujeita a uma forte distensão.

Notastes no dia em que o doente para aqui entrou, que a perna tambem se achava entumecida, ou antes edemaciada, mas já tudo isto desappareceu e o seu volume vae, com o repouso que o doente tem tido, diminuindo de modo que se apresenta inferior ao da perna direita.

A simples applicação da mão sobre o joelho affectado faz reconhecer que a sua temperatura é superior a do joelho opposto. A apalpação vae agora completar a serie de phenomenos objectivos que a lesão nos fornece. Abraçado o joelho com ambas as

mãos, como fiz com o doente de que a principio vos fallei, não descubro em nenhum ponto sensação evidente de fluctuação; encontro em alguns logares certa molleza acompanhada de elasticidade, como se tivesse debaixo dos dedos uma espessa camada de tecidos; só é maior a resistencia na parte correspondente á rotula, cujos caracteres não podem ser apreciados no meio da massa morbida, que parece ter envolvido esse osso por todos os lados. Tratando agora de apreciar o grão de movimento da articulação, podeis d'ahi notar que os movimentos de flexão e extensão quer espontaneos quer communicados, são muitos limitados; mas que segurando a côxa na parte inferior e a perna na parte superior, podeis provocar movimentos anormaes de lateralidade principalmente para fóra. Com as explorações que acabei de executar, a solução de continuidade do lado externo parece fornecer maior quantidade de um liquido unctuoso sero-purulento. Vejamos pois si o interior da articulação communica com o exterior por meio da ulceração.

Applico no centro desta uma tenta-canula que, como vêdes, vae penetrando sem grande difficuldade; só encontro diante de sua ponta um tecido nimiamente friavel e que se rompe com facilidade; não encontro resistencia ossea, e nem osso que se ache simplesmente denudado. Não prolongo porém esse exame porque corre algum sangue e não quero excitar os tecidos, e irrital-os. Demais o que fiz basta para fazer reconhecer, pela direcção dada á tenta canula que ella foi ao interior da articulação.

Isto pelo lado dos phenomenos objectivos; quanto aos phenomenos funccionaes ou subjectivos, observarei que o doente não póde mudar o attitude do membro, ou distendel-o mais, sem sentir bastante dôr. Esta não existe porem em estado de repouso. Entretanto quando comprimo mais fortemente o joelho ou executo com elle algum movimento na articulação, ella se disperta com intensidade, principalmente si, tomada a côxa em

sua parte inferior e a perna por sua parte superior, procuro executar movimentos de lateralidade na articulação.

Todos os outros apparelhos organicos parecem funccionar regularmente; e apezar de ter o doente uma ou outra vez tósse, a escuta e a percussão não me revelão cousa alguma para o lado do thorax. Nos primeiros dias o pulso e a calorificação erão normaes, mais por espaço de uns tres dias o pulso elevou-se a 84 e o thermometro applicado á axilla subio a 38 gráos.

O conjuncto de phenomenos que acabo de descobrir e apreciar n'este doente, caracterisa uma affecção chronica das articulações, conhecida e descripta por Wisemann sob o nome de tumor branco, e que é tambem designada por Delpech, Reymar, e Boyer com o nome de tumor fungoso das articulações, e que já havia sido indicada por Brambilla sob o nome de fungus articular. Essas denominações são acceitas indifferentemente pelos cirurgiões, e por isso torna-se preciso fixar bem em vosso espirito a idéa que deveis formar da affecção que se designa com o nome de tumor branco; pois que si só reconhecesseis com esse nome uma affecção que apresentasse os symptomas que observastes n'este doente poderies commetter as maiores faltas, tanto mais quanto ha n'este caso certos phenomenos que vos poderião dar a idéa de uma affecção maligna ou cancerosa da articulação, como o sarcôma articular, o encephaloide, etc.

A affecção articular designada hoje com o nome de tumor branco não fôra desconhecida dos antigos, e se acha mencionada por todos os cirugiões, desde Hippocrates até Ambrosio Paréo, mas era confundida com outras affecções e descripta com a gota, o rheumatismo e os tumores ventosos das articulações. Nada se conhecia relativamente ás causas, e ás condições pathógenicas de sua evolução, considerando-a alguns como um resultado ou manifestações gotozas, outros como consequencia do rheumatismo, etc., quando Wisemann em 1734, estudando a evoluções das affecções articulares, notou que algumas d'estas

dependião da diathese escrophulosa, e reunindo-as em um só grupo as designou sob o nome de *tumores brancos*, pois que apesar do augmento de volume que adquirião as articulações, se notava que o tegumento externo correspondente continuava a ter a mesma côr, e se apresentava ás vezes com uma côr mais esbranquiçada. Os dados apresentados por Wisemann servirão para que B. Bell apresentasse uma historia completa acerca dos tumores brancos, e désse logar ás investigações anatomicas que a este respeito forão feitas por Benjamin Brodie.

Ainda que a principio os cirurgiões francezes se conservassem estranhos ao movimento scientifico que sobre esse objecto tinha logar na Inglaterra, metterão-se depois resolutamente na questão, e modernamente, com os seus trabalhos, Delpech, Boyer, Velpeau, Gardy, Nelaton, Bonnet de Lyão, Richet e outros derão grande impulso ao estudo d'essa affecção, cuja pathogenia tem sido perfeitamente desenvolvida e estudada por cirurgiões e anatomo-pathogistas allemães e belgas como Billroth, Langenbeck, Rindfleisch e Crocq, principalmente no que diz respeito á séde ou ponto de partida anatomico, e ás indicações therapeuticas que temos de preencher.

Entre nós não tem havido investigações especiaes a este respeito; innegavelmente os nossos cirurgiões já fazem hoje uma idéa ou juizo mais exacto dessa affecção, do que ha annos passados, e por minha parte desde 1865 que aqui na aula de clinica não tenho perdido occasião de vos fazer gravar na lembrança os principaes symptomas dessa affecção insidiosa em seu começo, e grave em sua evolução e terminação.

Em que consiste entretanto o tumor branco? Wisemann, como já vos disse, dava este nome á certa classe de affecções escrophulosas das articulações, caracterisadas por um tumor destas partes em que a pelle correspondente não offerecia mudança em sua côr, ou apresentava uma côr esbranquiçada; mas, como os estudos ulteriores demostrárão, não é unicamente debaixo da

influencia de um vicio escrophuloso que se manifestão os tumores brancos, nem a côr esbranquiçada da pelle constitue o *caracter fundamental* da affecção. Foi por estes motivos que Brambilla, querendo que a molestia fosse designada por seus caracteres anatomicos, e observando que estes se traduzião pela producção, entre os elementos articulares, de uma substancia acinsentada, molle e elastica, semelhante ás vegetações fungosas das ulceras, deo-lhe o nome de fungus-articular, ou tumor fungoso das articulações. Julgando entretanto alguns cirurgiões, entre os quaes se acha Velpeau, que os tumores nem sempre erão caracterisados pela producção de fungosidades e por alterações sempre identicas em sua natureza, proposerão que se substituisse o termo — tumor branco — pela palavra arthropathia— dada pelo professor Piorry ás affecções articulares.

Esta denominação não tem sido adoptada, por isso que servindo para designar uma molestia qualquer das articulações, comprehende tambem muitas outras affecções que não fazem parte da que é conhecida com o nome de tumor branco. O professor Richet em uma excellente monographia que publicou a respeito dos tumores brancos, tomando em consideração a origem da affecção que os caracterisa é de opinião que esta não consiste mais do que em uma synovite ou osteité chronicas, ou em uma osteo-synovite. Se é certo que a affecção conhecida com o nome de tumores brancos começa por uma synovite ou osteo-synovite, as alterações anotomicas que a caracterisão são tão especiaes em sua marcha e evolução que não se devem confundir essas affecções entre si.

E' muito raro que no periodo que chamo congestivo, tenha-se occasião de estudar as alterações anatomicas iniciaes dos tumores brancos, e é antes pelos symptomas objectivos caracterisados pela dôr, difficuldade dos movimentos e empastamento dos tecidos e presença de liquido na articulação que se póde dizer que a affecção tem por ponto de partida um trabalho irritativo, congestivo ou

inflammatorio da synovial ou das extremidades articulares dos ossos; sabe-se ainda pelas poucas autopsias feitas que o tumor branco começa por um estado congestivo ou inflammatorio dos elementos articulares, porque n'este estado encontrão-se modificações ou particularidades anatomicas que não se descobrem na synovite ou osteo-synovite que não dão em resultado os tumores brancos.

As duvidas deixão logo de existir desde que a affecção se constitue ou passa ao *segundo periodo*, que designo com o nome de periodo de *evolução cellulo—vascular*, ou quando o molestia tem passado ao terceiro periodo que chamo *suppurativo*. Examinando-se a região affectada, observa-se que a pelle que a reveste conserva geralmente a sua côr natural, e se apresenta quasi sempre adelgaçada, luzidia, sulcada de veias mais ou menos salientes, e perfurada em um ou mais pontos correspondentes á articulação por trajectos fistulosos, em cujos limites se acha algumas vezes descollada em uma extensão mais ou menos consideravel. Em outras condições ella se apresenta espessa e infiltrada de grande quantidade de serosidade.

O tecido cellular subcutaneo se acha pela mesma fórma embebido deste liquido, ou de serosidade sanguinolenta, ou convertido mesmo em uma substancia molle, friavel e fungosa.

Os musculos vizinhos, que contribuem para o jogo da articulação, apresentão-se mais delgados, pallidos, molles e retrahidos.

Os ligamentos conservão-se muitas vezes intactos, mas em outras circumstancias são destruidos, ou se apresentão molles, friaveis, e algumas vezes com o tecido inter-fibrilar branco, pallido, infiltrado de sangue, ou de uma materia fungosa ou gelatiniforme. Quando a capsula fibrosa e os ligamentos apresentão-se rôtos, ou molles e friaveis, os movimentos da articulação podem ser exagerados, e dirigidos em diversos sentidos, e as superficies osseas podem abandonar as suas relações, de modo a produzir-se a luxação chamada espontanea.

As alterações mais notaveis são, entretanto, as que se passão na synovial da articulação. Esta membrana lisa, e polida no estado normal, como todas as serosas, apresenta-se nos casos de tumor branco nimiamente espessa, unida por sua face externa á capsula e aos tecidos fibrosos, e tendo a superficie interna algumas vezes banhada por synovia pura, por serosidade, ou por uma quantidade mais ou menos consideravel de pús bem ligado, ou então esverdinhado, fétido e misturado de flócos albuminosos ou grumosos, outras vezes revestida de camadas membraniformes, ou de uma substancia molle, esponjosa e friavel, semelhante ás fungosidades das ulceras e dos ossos cariados. No primeiro caso temos a synovite pseudo-membranosa, e no segundo a synovite fungosa. Em algumas circumstancias estes depositos membraniformes e fungosos chegão sómente ás bordas das cartilagens de encrustação; outras vezes porém invadem a superficie cartilaginosa, e a destróem em um ou mais pontos, de modo a ficarem descobertas as extremidades esponjosas dos ossos. A presença das placas membranosas e do tecido fungoso na superficie das cartilagens fez com que alguns pathologistas suppozessem que a synovial revestia as superficies cartilaginosas; mas hoje está perfeitamente demonstrado que é por um prolongamento das pseudo-membranas e das fungosidades que as cartilagens são invadidas e destruidas.

Além dessas alterações, a synovial invadida por um trabalho inflammatorio e hypertrophico póde apresentar-se com pequenos fócos purulentos, e crivada de orificios fistulosos, ou então, como foi observado por Brodie, offerecer a sua superficie destruida por um trabalho ulcerativo mais ou menos extenso, e consecutivo ás collecções purulentas que se tenhão formado em suas paredes.

As cartilagens se apresentão algumas vezes cheias de desigualdades, rugosas, amollecidas, adelgaçadas ou destruidas em um ou mais pontos quer de sua face livre, quer de sua

face profunda; e emquanto que para Brodie e para alguns outros pathologistas a perda de substancia é devida a uma ulceração, para Velpeau, Blandin, Cruveilhier e Richet, esta opinião não póde ser sustentada, pois que o tecido cartilaginoso, privado de vasos, não está no caso de se inflammar e ulcerar-se. Não entrarei na discussão deste facto todo especulativo, e só vos direi que todos os pathologistas depois de Brodie têm encontrado essas soluções de continuidade, sendo que para o caso vertente pouco importa que ellas sejão constituidas por verdadeiras ulceras, ou sejão o resultado de uma destruição mecanica, ou dissolução das cartilagens, consecutiva ás modificações que se passão em sua estructura, em consequencia da inflammação da synovial e do tecido osseo vizinho. Se vos guiardes pelas provas que têm sido adduzidas de parte á parte, ficareis convencidos de que a erosão ou destruição das cartilagens não é um phenomeno puramente mecanico, e não póde ser devido senão á absorpção de uma parte de sua substancia pelos vasos que, por intermedio dos ossos, concorrem para a sua nutrição, de modo que essa alteração é sempre consecutiva a um estado pathologico destas ultimas partes.

Todas as molestias do systema osseo, como a osteite, a carie, a necrose e a tuberculisação, podem-se encontrar nas extremidades articulares, e são tão frequentes as alterações dos ossos nos tumores brancos, que Rust avançou a proposição que quasi todas, se não todas as *arthrocaces* (nome pelo qual designava a affecção em questão) erão devidas ao engorgitamento inflammatorio das extremidades articulares.

Em alguns casos, que tenho examinado, nunca deixei de encontrar uma alteração mais ou menos profunda dos ossos; mas Velpeau, Gerdy e o Sr. Richet achão que a opinião de Rust é muito exagerada.

Seja como fôr, no que todos os pathologistas estão de accôrdo é em que a affecção ossea póde ser primitiva ou consecutiva,

e se traduz quasi sempre por uma osteïte, quer rarefaciente, quer condensante, a qual póde terminar já pela carie, já pela necrose da extremidade articular dos ossos.

Tenho na minha collecção uma peça pathologica, (fig. 15) pertencente a um individuo que soffreu a amputação da côxa em consequencia de um tumor branco do joelho esquerdo, em que as cartilagens articulares se achavão completamente destruidas, e

Fig. 15. — Desordens que se manifestão nas articulações affectadas de tumor branco. Havia destruição das cartilagens e das superficies articulares do femur, principalmente do condylo externo. Os ligamentos se conservavão intactos.

as superficies osseas denudadas e necrosadas por modo tal, que o condylo externo do femur tinha quasi desapparecido. No meio de tantas desordens, os ligamentos, comquanto mui adelgaçados, conservavão-se intactos e quasi em estado perfeito ou natural. Só o ligamento lateral externo se achava muito distendido em consequencia do desvio para dentro, que pela destruição do condylo externo havia soffrido a extremidade articular do femur.

Si a osteïte se acha no prmeiro gráo, a vascularisação augmenta e o osso apresenta-se mais vermelho e com o periosteo mais espesso. As cellulas osseas parecem maiores, e ora apresentão grande resistencia, ora se deixão deprimir com grande facilidade, segundo a especie de osteïte que se tem estabelecido. Em um periodo mais adiantado, alem destes phenomenos, se observa que a substancia compacta apresenta pequenos buracos destinados aos vasos; e o osso, já pelo espessamento do periosteo, já pela dilatação das cellulas, augmenta de volume, ou torna-se mais espesso. E' preciso notar que a alteração do periosteo é constante e precede mesmo á osteïte, quando a causa morbida se propaga da capsula para a extremidade dos ossos. Na época que acabo de vos indicar, a lamina compacta, interposta entre as cellulas esponjosas e a cartilagem, se adelgaça, experimenta um começo de absorpção, e a cartilagem parece mais delgada e mais branca do que no estado normal.

No segundo gráo, a osteïte se revella por pequenas manchas de côr violacea ou escura, devida a collecções sanguineas nas cellulas osseas, que se tornão cada vez mais espaçosas, porém que em outros casos tendem a se retrahir, o que parece devido á hypertrophia dos septos intercellulares. Esses fócos apresentão logo depois uma côr amarellada, e encerrão algum pús, quer liquido, quer em estado concreto. O periosteo torna-se mais vascular, e a superficie articular apresenta-se com a lamina subcartilaginosa mais adelgaçada e perfurada em alguns pontos, de modo a deixar descoberto um tecido granuloso mais ou menos escuro.

No terceiro gráo da osteïte, o pús que se acha reunido em fóco ou infiltrado nas cellulas do tecido esponjoso, destróe os vasos da vizinhança, de modo que as laminas osseas se mortificão e provocão uma inflammação eliminadora, que tem por fim trazer a separação e expulsão dos sequestros. As porções osseas que soffrerão a necrose, e os liquidos contidos nas cellulas, podem-se dirigir ou para a peripheria do osso, ou para a cavidade articular.

No primeiro caso, o periosteo se irrita, se inflamma, d'onde resulta a proliferação, por sua face profunda, de certa quantidade de corpusculos de tecido conjunctivo, que se organisa, e se transforma em tecido osseo, de modo a formar uma baínha que se oppõe á sahida do liquido purulento e dos sequestros. A affecção ossea póde persistir neste estado durante um tempo mui longo, sem que se observem outros phenomenos diversos da necrose de outras partes do esqueleto. No segundo caso, a lamina compacta sobre a qual se implanta a cartilagem, se adelgaça, se perfura, e os sequestros e liquidos, depois de repellirem a cartilagem e a destruirem, cahem por fim na cavidade synovial.

Si a osteite, em logar de trazer a necrose dos ossos, terminar pela carie, as vegetações ou o tecido molle e fungoso que se eleva da superficie ulcerada do osso, pódem-se dirigir quer para a peripheria, quer para a cavidade articular, e em ambos os casos se observão os mesmos phenomenos que acabei de vos indicar; mas aqui este ultimo resultado é mais frequente do que o primeiro, isto é, na carie as fungosidades têm mais tendencia em se dirigir para a cavidade articular, do que para a peripheria dos ossos.

Quando as fungosidades ou os sequestros e liquidos, resultantes da necrose, chegão á cavidade articular, a synovial já irritada se inflamma, d'onde resulta uma synovite pseudo-membranosa ou fungosa, e então as fungosidades desenvolvidas reunem-se ás dos ossos, e envolvem completamente as extremidades articulares.

Si a inflammação tem-se desenvolvido primitivamente na synovial, no fim de algum tempo a extremidade dos ossos se acha affectada, e então encontra-se o periosteo mais espesso, com a face profunda coberta de producções osseas, e a cartilagem desigual, rugosa, ou adelgaçada e perfurada pelas fungosidades que partem da serosa articular e põem-se em contacto com a superficie do osso. A lamina compacta deste póde ser destruida como

a cartilagem, e o pús, penetrando nas cellulas esponjosas, determina a formação de vegetações que se confundem com as fungosidades da synovial, dando o mesmo resultado que acima indiquei.

No caso que acabei de figurar, póde tambem acontecer ou que a extremidade articular dos ossos, depois da destruição completa da cartilagem, conserve-se perfeitamente intacta, ou que a lamina compacta cáia em necrose e as cellulas fiquem descobertas; d'onde resulta que, pelos movimentos, as superficies osseas tornão-se lisas e eburneas como uma bóla de bilhar.

Mas não é unicamente a osteite que ataca as extremidades articulares dos ossos nos casos de tumor branco: observão-se algumas vezes alterações caracterisadas pela presença de tuberculos em estado de infiltração, ou enkystados, e a degenerencia gordurosa caracterisada pela infiltração de um liquido oleaginoso nas cellulas osseas, e pela fragilidade que adquirem os ossos.

Todas as alterações anatomicas, meus senhores, de que aqui vos tenho apresentado um resumo, dão lugar a uma serie de symptomas sobre os quaes devo agora attrahir a vossa attenção, para vêr se posso confirmar o diagnostico do caso que se acha sob a vossa observação.

Os phenomenos que se manifestão são diversos segundo o periodo de evolução do tumor branco, e segundo este procede das partes molles ou das partes duras da articulação.

No primeiro periodo ou no periodo congestivo ou inflammatorio, os symptomas, como já vos disse, se caracterisão por dôres articulares, difficuldade dos movimentos, e empastamento dos tecidos sub-cutaneos e profundos e emfim pela presença de liquido no interior da articulação, quando esta, por exemplo, é a do joelho.

As dôres ora são moderadas e surdas, ora agudas e de uma intensidade extraordinaria, por modo a não darem ao doente um só momento de repouso. Em alguns casos ellas se reflectem até á articulação immediatamente inferior, de maneira que em

alguns casos póde pairar no espirito do cirurgião de pouca experiencia muita duvida sobre a articulação que realmente se acha affectada. Não deveis pois ignorar que algumas vezes o doente accusa dôres na articulação do joelho, quando aliás a séde da molestia é a articulação coxo-femoral, ou a dôr chega á articulação tibio-tarsiana, quando a séde da affecção é o joelho.

Ha muitos pontos especiaes em que a dôr se fixa, e ali parece ter a sua séde: no joelho, é aos lados da articulação e mais vezes do lado interno que do lado externo; na articulação coxo-femoral ella é accusada no ponto correspondente á insersão do psoas-iliaco.

A dôr é mais moderada durante o dia do que á noite. Ao levantar-se pela manhã, o doente accusa mais rigidez e dôr na articulação, porém logo depois com algum exercicio os movimentos articulares tornão-se mais faceis e as dôres diminuem de intensidade e se acalmão consideravelmente.

Os movimentos espontaneos e communicados são em alguns casos mui limitados e difficeis pelas dôres que o doente experimenta; em outros casos, porém, a articulação goza de movimentos limitados, mas completos.

Em regra geral, a pelle conserva sempre a sua côr natural, e só em casos excepcionaes torna-se vermelha ou de uma côr rubra.

A articulação ora conserva o seu volume normal, ora apresenta-se mais volumosa, e pela apalpação sente-se um empastamento ou infiltração dos tecidos sub-cutaneos, ou peri-articulares, e quando é o joelho a articulação affectada póde-se, comprimindo-se os tecidos acima e abaixo do rotula, sentir uma ligeira ondulação indicativa da presença de algum liquido na capsula.

Todos esses phenomenos são proprios de uma synovite exsudativa; só pela marcha lenta e longa duração é que elles podem produzir no espirito do cirurgião a convicção de que o individuo soffre das primeiras manifestações da affecção a que se dá o nome de—tumor branco.

Este primeiro periodo dura dous a seis mezes e algumas vezes mais tempo, durante o qual o doente experimenta melhoras em seu estado, as quaes depois cessão e são substituidas por novos insultos sempre mais energicos e intensos em suas manifestações. São melhoras insidiosas, proprias da natureza especial da affecção conhecida com o nome de tumor branco.

Quando a affecção se apresenta no segundo periodo, ou periodo de formação cellulo-vascular, com os phenomenos do primeiro periodo nota-se principalmente uma modificação notavel no volume da articulação. Esta offerece geralmente uma fórma globulosa.

As depressões normaes são substituidas por saliencias molles, depressiveis e elasticas, e dão algumas vezes a sensação de uma fluctuação, a qual leva a pensar na existencia de uma collecção purulenta, se não está o cirurgião em condições de apreciar as differenças notaveis entre a verdadeira fluctuação e a sensação que é transmittida pela ondulação e mollesa das partes que são a séde da alteração cellulo-vascular. A pelle apresenta uma côr de cêra branca ; algumas vezes torna-se tensa e luzidia, outras se endurece e torna-se aspera. Vêde, por exemplo, o doente do leito n. 15, que tem um tumor branco da articulação humero-cubital esquerda (fig. 16) ; todas as depressões aos lados da olecrana têm desapparecido ; a articulação do cotovello tem uma fórma cilindroide, e a pelle offerece certa aspereza e parece ter um empastamento hypertrophico muito pronunciado.

Si as dôres do primeiro periodo têm sido intensas, e a affecção tem sua séde na articulação do joelho, o doente apresenta-se com este em flexão, e com a côxa em abducção e rotação externa si a séde da affecção é na articulação coxo-femoral.

No segundo periodo a dôr é mais surda e mais profunda, e se exacerba ou se torna viva e pungente em alguns movimentos da articulação. Estes são algumas vezes mais extensos, já por causa da distensão da capsula, já pelo amollecimento dos ligamentos,

Neste periodo da molestia é raro que as extremidades articulares dos ossos não comecem a soffrer ou ser a séde de uma osteite, e então as partes tornão-se mais sensiveis, e os movimentos não podem ser executados sem que os doentes experimentem dôres atrozes. A dôr muitas vezes se estende ao longo do osso e repercute na articulação superior, como tendes um exemplo bem

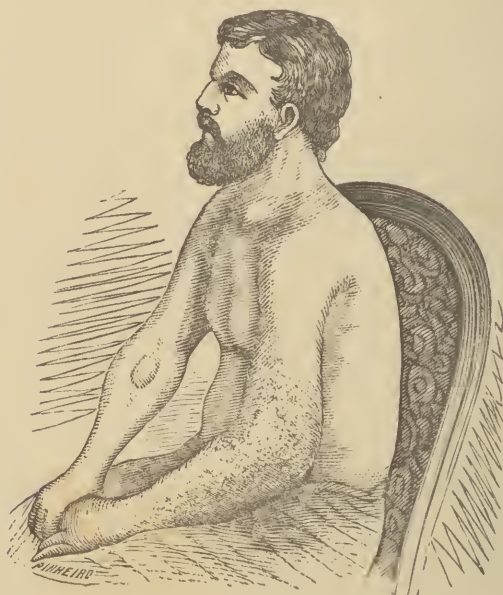



Fig. 16. — Tumor branco da articulação humero cubital esquerda no segundo periodo do sua evolução.

notavel no pardo Eliseu, de 40 annos de idade, que occupa desde o dia 2 de Março do corrente anno o leito n. 6 da enfermaria a meu cargo. Este individuo, soffrendo de uma blennorrhagia, e conservando no corpo a roupa que molhára por se expor á grande chuva, começára no dia seguinte a experimentar uma forte dôr na articulação tibio-tarsiana do lado esquerdo, d'onde, no fim de algum tempo, se propagou até ao joelho

correspondente, e foi seguida de um ligeiro engorgitamento de todas essas partes sem rubor da pelle e sem grande augmento de temperatura. Depois de ter consultado alguns facultativos, resolvêra a vir para este hospital, onde, sendo submettido ao uso das bebidas diluentes, dos calomelanos em dóses alterantes, da salsaparrilha, do aconito, do iodureto de potassio, da tintura de colchico, e tendo soffrido as fomentações de unguento mercurial e applicação de muitos vesicatorios, ainda não conseguio ao menos que a molestia deixasse de proseguir em sua marcha lenta e insidiosa.

Deveis observar que o membro abdominal desde o pé até ao joelho apresenta um volume notavel, sobretudo nas regiões correspondentes ás articulações tibio-tarsiana e femoro-tibial. A pelle que cobre essas partes se acha infiltrada de serosidade, e os ossos apresentão-se mesmo mais grossos do que os do lado opposto. O doente só deíxa de sentir dôr quando tem o membro em repouso, e é bastante tocar-se nas articulações ou imprimir qualquer movimento á perna, para que elle experimente uma dôr atroz. Esta, algumas vezes, apparece espontaneamente, se exacerba durante a noite, e se propaga até á articulação coxo-femoral. Na articulação tibio-tarsiana só se observa o empastamento dos tecidos molles, e augmento do volume dos ossos ou da membrana fibrosa que os reveste; mas no joelho, além deste empastamento, nota-se no lado externo do rotula certa molleza subcutanea, como sí se comprimisse uma pasta de algodão, o que é devido provavelmente ao desenvolvimento de fungosidades no interior da capsula.

Na arthropathia das partes duras, a dôr póde pois propagar-se da articulação affectada até á que se acha collocada inferiormente, e a respeito do mecanismo deste phenomeno os pathologistas ainda não estão de accôrdo, pois que alguns acreditão que elle é devido á inflammação dos filetes nervosos, emquanto que outros são de parecer que o phenomeno não póde ter por causa senão a transmissão da osteite através do canal medullar.

Seja como fôr, a affecção póde persistir neste estado por um tempo mais ou menos longo, sem que se notem, com effeito, mais do que essa dôr e engorgitamento profundo da articulação, dependente de algum liquido derramado na synovial, ou da infiltração inflammatoria das extremidades osseas e das partes molles; porém si a affecção adianta-se em sua marcha, ou si a osteite passa do primeiro ao segundo grão, ou entra no periodo da suppuração, o empastamento da articulação augmenta, e o doente não póde executar o menor movimento sem que experimente uma dôr atroz.

Si se apalpar a parte correspondente á região doente, pode-se encontrar em alguns pontos a synovial, ou destendida por liquido, ou então espessa e como que cheia de um tecido molle, ou gelatinoso. O doente procura quasi sempre, para alliviar os seus atrozes soffrimentos, collocar o membro affectado em flexão, mas algumas vezes não tem mesmo mais allivio nesta posição do que quando conserva o membro em extensão, como acontecia com o doente de que ha pouco vos fallei. E' raro que nestas condições o doente não seja accommettido por febre mais ou menos ardente, acompanhada de calefrios, sêde, perda de appetite e de somno, em virtude do que a nutrição se altera, as funcções intestinaes se perturbão, e o emmagrecimento torna-se rapido e progressivo.

As alterações por que passão a synovial e as extremidades articulares dos ossos acabão no fim de um tempo mais ou menos longo, por provocar nas partes subcutaneas uma imflammação, que termina pela suppuração e formação de diversos abcessos, os quaes, abertos espontaneamente ou pelo cirurgião, vêm pôr a articulação em communicação com o exterior. A molestia em taes condições passa ao terceiro periodo ou ao periodo de suppuração.

Algumas vezes são precisos mezes e annos para que o tumor branco passe ao periodo de suppuração. O trabalho de proliferação cellulo-vascular enche rapidamente a cavidade dos abcessos, e os transforma em trajectos fistulosos por onde introduzindo-se um

estilete pode-se chegar a uma porção ossea denudada e completamente alterada, como pudestes observar em um doente que no anno de 1865 occupou o leito n. 5 d'esta enfermaria. Esse individuo de 18 annos de idade, marinheiro, natural de Portugal, de temperamento lymphatico, de constituição fraca, entrou para a enfermaria da aula de clinica externa no dia 5 de Julho d'aquelle anno, em consequencia de uma affecção tibio-tarsiana do membro esquerdo.

A historia desse doente é simples: tendo em uma manhã do mez de Junho desse mesmo anno lavado os pés com agua fria logo ao acordar, começára, algumas horas depois, a sentir dôr no dorso do pé esquerdo, em consequencia do que fôra obrigado a consultar a um medico, que tendo-lhe a principio aconselhado applicações topicas emollientes, sem que a dôr e engorgitamento sobrevindos na articulação tivessem cedido, praticára-lhe então tres incisões na parte interna do pé, e mandára applicar sobre a parte externa algumas sanguesugas, e logo depois cataplasmas de farinha de linhaça. Com estes meios a inflammação, longe de dininuir, augmentou a ponto de passar á parte superior do pé, onde perto do maleolo externo formou-se um tumor que, sendo dilatado, deu sahida a grande quantidade de pús.

Passados alguns dias, sem que a affecção declinasse, resolveu o doente recolher-se a este hospital, onde, depois de examinado pelo chefe de clinica, praticára este no dia seguinte sobre a região tarso-metatarsiana uma incisão de 2 pollegadas de extensão da qual correu sómente alguma serosidade sanguinolenta. Depois da operação deu-se-lhe para tomar internamente a bebida anti-phlogistica de Stoll, e receitou-se para o uso externo cataplasma de linhaça. Com estes meios passou o doente até ao dia 14, em que o professor, a quem vim substituir neste serviço, depois de ter examinado a parte affectada e diagnosticado um fleimão diffuso, augmentou a incisão que havia sido feita no dia 6, e praticou uma outra de 4 a 5 pollegadas na parte anterior

e inferior da perna, pouco acima da articulação tibio-tarsiana, da qual não correu senão alguma serosidade sanguinolenta. As feridas resultantes destas incisões entrárão em via de cicatrização, mas as tres outras que forão feitas na parte interna do pé e da perna tornárão-se fistulosas, e davão sahida a um liquido sero-purulento mais ou menos abundante, sem que a parte affectada deixasse de apresentar um volume notavel. Nestas condições foi-lhe prescripto um linimento formado com oleo de camomilla, e tintura de scilla e de digitalis; e tendo no dia 25 do mesmo mez apparecido reacção febril com caracter intermittente, mandou-se-lhe então administrar internamente o cozimento de Lewis na dóse de uma colhér de tres em tres horas, mas que foi recusado pelo doente em consequencia do máo gosto que experimentára ao tomar a primeira dóse.

Examinando com cuidado o individuo em questão, eis o que pude observar: era um moço bem desenvolvido, mas achava-se magro e nimiamente pallido, a pelle apresentava-se secca e quente, o pulso estava a 84, a lingua era pouco humida, não havia muita sêde e nem o menor appetite. O doente não tinho tosse nem a escuta revelára a menor alteração nos orgãos thoracicos. O ventre achava-se retrahido, mas suas paredes tinha a flacidez normal, e o doente não accusava dôr á pressão, nem tinha diarrhéa.

O doente não se levantava do leito desde que veio para o hospital, e não offerecia outra molestia além da que tinha a sua séde no membro abdominal esquerdo. Todo o pé e quasi todo o terço inferior da perna achavão-se engorgitados, com um volume consideravel, de modo que as depressões normaes adiante e atraz de cada maleolo erão substituidas por saliencias que davão á articulação uma fórma mais ou menos arredondada. Em toda a extensão da affecção a pelle tinha uma côr esbranquiçada e uma superficie de aspecto rugoso, mas que conservava a impressão do dedo quando se procurava comprimir os tecidos respectivos. Sobre a face dorsal do pé a solução de continuidade que fora praticada

quando o doente entrára para o hospital, tinha uma extensão notavel, mas, assim como já disse nos commemorativos, tendia à cicatrização. A solução de continuidade da região antero-inferior da perna apresentava-se nas mesmas condições, mas a sua superficie achava-se coberta por uma delgada camada de tecido esbranquiçado com o aspecto de uma placa diphtherica, ou de albumina coagulada. Na parte interna e inferior se encontravão tres orificios fistulosos, pelos quaes, passando-se um estilete explorador, sentia-se que este ia ter pelo superior e medio ás faces externa e posterior da extremidade inferior do tibia, as quaes se apresentavão rugosas e um pouco friaveis, e pelo inferior até ao ponto de juncção do tibia com o astragalo e calcaneo, cuja face interna se achava denudada e rugosa. Os movimentos ou pouco pronunciados ou bruscos repercutião dolorosamente na articulação tibio-tarsiana e as pressões alternadas exercidas em volta desta região não me fizerão descobrir senão a molleza de um tecido infiltrado de serosidade, sem o menor indicio de fluctuação.

Desde que a articulação é invadida pela suppuração, ou communica francamente com o exterior, as secreções se alterão e a osteite progredindo em sua marcha termina pela necrose, em virtude da qual podem-se apresentar nas aberturas fistulosas alguns sequestros, ou pequenas porções de ossos que já cahirão em mortificação. A articulação apresenta-se quasi sempre deformada já pela perda da propria substancia dos ossos, já pelo espessamento do periosteo, e das partes molles. Os movimentos impressos á articulação podem ser levados a um gráo exagerado, e comquanto não deixem de ser dolorosos, todavia não se acompanhão da exaltação de sensibilidade que se nota nos primeiros periodos da molestia. Tenho já observado alguns individuos affectados de tumores brancos neste periodo, e que entretanto podem andar sem experimentar grande sensação dolorosa.

Em geral a constituição resente-se de todas essas desordens, e o individuo esgotado pela abundancia da suppuração emmagrece

rapidamente, e apresenta-se com febre, suores nocturnos, diarrhéa e signaes evidentes de tuberculos pulmonares, em virtude do que vem por fim a perecer.

Si compararmos agora os symptomas que acabo de indicar com os que apresenta o doente de nossa observação, não será difficil, meus senhores, reconhecer que elle se acha com um tumor branco da articulação do joelho.

E agora que conheceis a marcha e evolução d'essa affecção, creio que commigo admittireis que o tumor branco é uma affecção insidiosa, de natureza chronica e de caracter inflammatorio, a qual começa pelas partes que entrão na composição de uma articulação e se traduz essencialmente pela producção de um tecido cellulo-vascular ou fungoso com desorganisação dos elementos articulares, e que póde terminar pela suppuração com todos os phenomenos da mais extrema gravidade.

Pelos periodos que se podem marcar na evolução morbida dessa affecção, e cuja descripção tive o cuidado de vos apresentar, não é difficil reconhecer que no doente de que me occupo a molestia tem chegado ou se acha no terceiro periodo ou no periodo que chamei de suppuração.

Resta-me agora indicar-vos o que se póde fazer em beneficio do doente.

Si o tumor branco estivesse no primeiro ou no segundo periodo eu me limitaria a immobilisar a articulação por meio de um apparelho amidonado ou gessado, que seria applicado ou que se estenderia desde o pé até á parte superior da côxa.

Alguns cirurgiões aconselhão que no primeiro periodo se lance mão dos anti-phlogisticos, mandando applicar um numero de sanguesugas ao redor da articulação, proporcionado á força e temperamento do individuo, como tambem cataplasmas emollientes, e administrar internamente quer as bebidas nitradas, e os calomelanos em pequenas dóses reunidos ao opio, quer o iodureto de potassio, e as tinturas de colchico e aconito. Os calomelanos forão

mui preconisados pelos praticos inglezes, e sobretudo por O'Beirn que os administrava na dóse de 10 a 24 grãos unidos a um grão de opio, em vinte e quatro horas. Outros aconselhão os calomelanos e o iodureto de potassio, e em logar das sanguesugas preconisão as fomentações com o unguento napolitano e de belladona, com o unguento de iodureto de chumbo ou com o oleo de glycerina associado ao iodureto de potassio, ou então os largos vesicatorios. Recommendão que estes comprehendão toda a região articular, ou tenhão grandes dimensões, e que sejão repetidos muitas vezes, de modo a produzirem a resolução e absorpção dos liquidos que se têm derramado ou infiltrado nas partes molles da articulação. Se as dôres, persistirem não obstante o emprego dos vesicatorios, deve-se praticar a cauterisação ou por meio dos causticos ou do cauterio actual. Os causticos mais efficazes são a massa de Vienna, a potassa, e o azotato de prata; mas o emprego dos primeiros deve ser vigiado com cuidado, para que elles não obrem energicamente e penetrem profundamente nos tecidos. A cauterisação com o cauterio actual póde ser feita de modo a não comprehender mais do que o derma, ou então penetrar profundamente até aos ossos, quando estes fôrem superficiaes, como era aconselhado pelo professor Rust.

No primeiro caso a cauterisação tem o nome de *transcurrente*, e no segundo o de *inherente*. Esta ultima tem uma acção muito energica, e pode provocar a manifestação de accidentes graves.

Nenhum desses meios, meus senhores, pode ser comparado em seus resultados favoraveis com a immobilisação por meio de um apparelho amidonado ou gessado bem applicado. Com essa immobilisação e repouso permanente destroe-se o estado congestivo e impede-se que elle seja entretido pelos movimentos e abalos da articulação. E' a primeira e a mais fundamental de todas as indicações. Os unguentos, pomadas e oleos de nada valeráõ si a articulação não for immobilisada; e os vesicatorios só poderáõ

servir pela immobilisação a que ficão condemnados os doentes, em virtude das dôres que elles em taes casos experimentão.

Não se obtem algumas vezes os mais salutares effeitos de uma immobilisação por que o apparelho é retirado no fim de alguns dias. Não imitae de modo algum esse procedimento. Applicae o vosso apparelho e deixae-o por tanto tempo quanto fôr necessario para que o doente fique curado de uma affecção tão insidiosa e tão grave como é o tumor branco. Poderáõ objectar-vos dizendo que ficará a articulação em estado de rigidez com um apparelho que se demore por muito tempo. Em uma fractura de coxa, o doente não fica com o apparelho por dous ou tres mezes, e quem se lembra da rigidez articular para retiral-o, antes que a fractura se ache consolidada? Pois em uma affecção, como o tumor branco, é que se pode pensar nos inconvenientes de uma immobilisação prolongada? Si retirardes o vosso apparelho ainda quando pela pressão o doente sinta dores, o que acontecerá? A affecção ha de voltar de novo, e sereis obrigados a applicar um outro e assim por diante, e o resultado é que se o doente tiver a felicidade de ficar bom, só terá obtido a cura a troco de uma ankylose! Quando pois fosse este o resultado da applicação do primeiro apparelho, terieis sem duvida alguma abreviado o curativo de um modo satisfactorio.

Os tumores brancos passão muito commummente ao segundo e terceiro periodo, por que perde-se um tempo precioso com os palliativos dos unguentos e pomadas.

Estou tão convencido da efficacia da immobilisação que não me encarrego do tratamento de nenhum doente de tumor branco sem que delle ou da familia receba a promessa formal de que posso applicar o apparelho de immobilisação, e que este ha de ser conservado pelo tempo que eu julgar conveniente.

Tenho numerosos casos d'essa ordem, em que a immobilisação pelo apparelho tem sido mantida por espaço de seis mezes e de um anno.

Tratei ultimamente em Petropolis de uma senhora allemã affectada ha tres annos de tumor branco do joelho em segundo periodo, na qual o apparelho foi conservado durante 10 mezės. Ella ficou restabelecida, tendo como consequencia uma ankylose como era de esperar.

Nenhum outro tratamento teria combatido a flexão em que se achava o joelho antes da applicação do apparelho, e os meios classicos que ella empregou não derão no espaço de tres annos o resultado que alcancei em 10 mezes com o apparelho amidonado.

O filho de um distincto e habil empregado do thesouro que se achava magro e cachetico em consequencia de um tumor branco do joelho, o qual pelas dores que determinava o tinha collocado por espaço de dous annos em uma cama, ficou restabelecido com seis mezes de immobilisação da articulação por meio de um apparelho amidonado. Os mais habeis cirurgiões forão chamados para tratal-o, e não sahirão do uso das pomadas, dos vesicatorios, dos sedenhos e dos tonicos, pelo que tambem não conseguirão resultado algum favoravel.

Na applicação do apparelho não vos esqueçaes nunca de corrigir a attitude viciosa em que por acaso se achem os membros affectados, e se for preciso empregar os anesthesicos não deveis trepidar em fazel-o. Lembrae-vos sempre de que do tumor branco pode resultar uma ankylose,e se deixardes um joelho em flexão ou um cotovello em extensão commettereis um erro deploravel.

Os effeitos salutares da immobilisação pelos apparelhos amidonados ou gessados não se revelão desde logo. Só no fim de alguns dias é que as dôres começão a diminuir de intensidade, e são necessarios mezes para que a pressão exercida sobre a articulação atravez do apparelho não desperte dôr alguma. E' então em taes circumstancias que podeis fender o apparelho, e examinar directamente a articulação. Si houver alguma sensibilidade e empastamento, ou se o apparelho antes disto tiver ficado muito frouxo, renovae a sua applicação, e esperae que tenha decorrido

mais algum tempo, para que estejaes habilitados a retiral-o definitivamente.

Nas occasiões de renovar o apparelho, podeis pincelar a região articular com a tintura de iodo, ou empregar qualquer fomentação resolutiva, emolliente ou sedativa.

Os doentes ficão satisfeitos, e dessa pratica não pode resultar senão beneficio que seria com effeito manifesto, se com a immobilisação real e permanente podessem ser empregados esses meios.

Com o desapparecimento das dores e da insomnia renasce o appetite e restabelece-se uma prompta nutrição; mas não vos deveis esquecer do emprego dos tonicos e analepticos. O iodureto de potassio combinado com os amargos é sempre muito proveitoso, na dose de 1 gramma para 16 grammas de xarope de cascas de laranjas amargas, uma ou duas vezes por dia.

Quando as vias digestivas permittirem, e tratar-se de um individuo escrophuloso, por certo que não tereis um meio que vos possa offerecer mais vantagem do que o oleo de figado de bacalháu, quer só e na dose de duas a quatro colheres por dia, quer combinado com os ferruginosos.

Mas o doente que aqui se acha não apresenta os symptomas de um tumor branco no primeiro ou segundo periodo: a affecção passou ao estado suppurativo, e em taes condições a que meios se pode recorrer?

No doente de tumor branco da articulação tibio-tarsiana, cuja historia vos referi, não trepidei em praticar a amputação da perna pelo terço superior, e elle teve alta no fim de dous mezes em boas condições de saude.

Pelo exame da peça pathologica, eis as alterações encontradas: na parte interna e inferior do tibia se descobrirão os orificios fistulosos que forão indicados no corpo da observação.

A pelle em toda a extensão do pé e da parte inferior da perna se achava espessa, e o tecido cellular subcutaneo apresentava-se

infiltrado de grande quantidade de serosidade em parte coagulada, de modo a formar uma espessa camada albuminoide.

A infiltração serosa se estendia a todas as partes molles da articulação, e aos musculos, cujas fibras estavão mais pallidas do que no estado normal. O periosteo da extremidade superior do tibia se achava rugoso e extremamente espesso ; offerecia na parte posterior e interna diversos orificios e uma grande perda de substancia, e no fundo dos mesmos orificios se via a substancia compacta do osso completamente denudada, rugosa, destruida, e em alguns pontos crivada de pequenas perfurações que ião ter ao tecido esponjoso ou areolar, cuja consistencia parecia ter diminuido consideravelmente. Os ligamentos se achavão todos em estado normal, excepto o lateral interno que se apresentava mais friavel e mesmo destruido logo abaixo ou atráz do tendão do tibial posterior, na parte correspondente ao trajecto fistuloso que se notava na face interna do calcaneo. Aberta a articulação, encontrou-se a capsula bastante espessa e com a face interna revestida por um tecido molle e friavel, e de aspecto gelatinoso e de côr amarella. A extremidade articular do tibia e do astragalo se achava em grande parte de sua extensão completamente denudada e rugosa, de modo a tornar-se visivel a substancia areolar desses ossos.

A' vista da extensão das lesões que com effeito se encontrárão em mais de um terço da extremidade inferior do tibia, reconhecereis commigo que era impossivel que esse individuo podesse restabelecer-se sem a amputação que fiz.

No doente de tumor branco do joelho, as alterações terão chegado ao ponto em que tambem só se encontre recurso na amputação ?

Não é possivel determinar até onde têm chegado as lesões neste doente. E' um ponto do diagnostico sobre que sempre paira alguma duvida no espirito do cirurgião, e a indicação n'esses casos se funda mais na apreciação que este faz do que no conhecimento exacto das lesões.

Trata-se evidentemente de um tumor branco que chegou ao terceiro periodo de sua evolução, e no qual a suppuração é abundante, e a vasta superficie articular se acha francamente em communicação com o exterior ; as dôres profundas e constantes que o doente experimenta e a mobilidade lateral da articulação levão-me a suppôr que a osteite dos extremos articulares é extensa e ha profunda alteração dos ligamentos e cartilagens.

Seria muito duvidoso ou quasi impossivel que a immobilisação da articulação e as injecções com tintura de iodo, ou mesmo a cauterisação punctuada podessem trazer qualquer vantagem ou resultado favoravel. A modificação salutar d'essa massa fungosa se faria com muita difficuldade, e talvez mesmo não fosse possivel, quando se apresentasse a indicação formal de recorrer a meios mais energicos, que se obtivesse qualquer proveito.

Não posso recorrer senão á resecção do joelho ou á amputação da côxa.

Sem duvida alguma recorreria á resecção do joelho, se acaso o estado cachetico e o enfraquecimento profundo em que se acha este doente pelas dôres e suppuração, não me tirassem a esperança de salval-o por meio de uma operação tão grave como a resecção do joelho.

Sou pois de opinião que devo recorrer á amputação da côxa, operação que o doente por sua parte está disposto a soffrer e que instantemente exige lhe seja feito.

Si não julgasse de algum valor as razões que vos apresentei, me disporia a praticar a resecção do joelho. Sabeis que fui eu o primeiro cirurgião brazileiro que praticou esta operação; ao menos não me consta que nenhum outro a tivesse praticado.

Tratava-se de um individuo de 14 annos de edade, o qual soffria ha tres annos de um tumor branco suppurado do joelho esquerdo. Os symptomas objectivos e subjectivos da lesão erão muito semelhantes aos do doente de que acabei de vos fallar. O joelho tinha um volume consideravel, e gozava de uma

mobilidade lateral muito pronunciada. Sobre a sua circumferencia tinhão-se formado tres abscessos, dous dos ques se havião transformado em orificios fistulosos, por onde se fazia a excreção de um liquido sero-purulento muito abundante; e o terceiro se tinha convertido em uma ulcera de 4 centimetros de diametro, de fundo fungoso, de bordas descolladas, por cuja parte inferior a pressão fazia transudar uma materia purulenta muito abundante. Esta ulceração se achava situada ao lado interno e inferior da rotula na parte correspondente ao condylo interno do tibia. Um trajecto fistuloso se achava ao lado externo e superior da rotula, e os outros na parte interna e posterior do joelho.

Eis como procedi: por meio de uma incisão que partindo do orificio fistuloso do lado interno veio terminar no lado externo, formei um retalho curvo com a convexidade para baixo; a incisão comprehendeo todas as partes molles e o ligamento rotuliano. Dissecado o retalho, e levado para cima dividi os ligamentos cruzados, e tratei de pôr salientes os condylos do femur, os quaes forão seccionados com a serra ordinaria na altura de 5 centimetros. O mesmo foi executado em relação ás tuberosidades do tibia cuja secção não excedeo de dous centimetros (fig. 17). A rotula foi por fim extrahida, os retalhos reunidos por seis pontos de costura metallica ficando nos angulos interno e externo da ferida um tubo de drainage para esgôto dos liquidos e do pús que ulteriormente podesse apparecer.

A operação foi feita sob a influencia das pulverisações de acido phenico, e a ferida curada segundo o methodo de Lister.

Colloquei o membro em um apparelho gessado, deixando uma grande janella no ponto correspondente ao joelho.

A reunião das partes molles teve logar por primeira intensão. Durante os 15 primeiros dias a secreção era pouco abundante e sero-purulenta, e os curativos forão sempre feitos segundo o methodo de Lister. Com excepção dos pontos occupados pelos tubos de drainage a cicatrisação era perfeita.

Infelizmente estive retirado do serviço da clinica por espaço de 12 dias, e quando vi de novo o doente, este se achava com uma vasta gangrena da região sacra e com uma entero-colite de que veio a fallecer no trigesimo terceiro dia depois da resecção quando os resultados da operação davão tantas esperanças!

Os cuidados minuciosos que exige uma operação dessa ordem são consideraveis, e por certo que se tivesse havido mais inte-

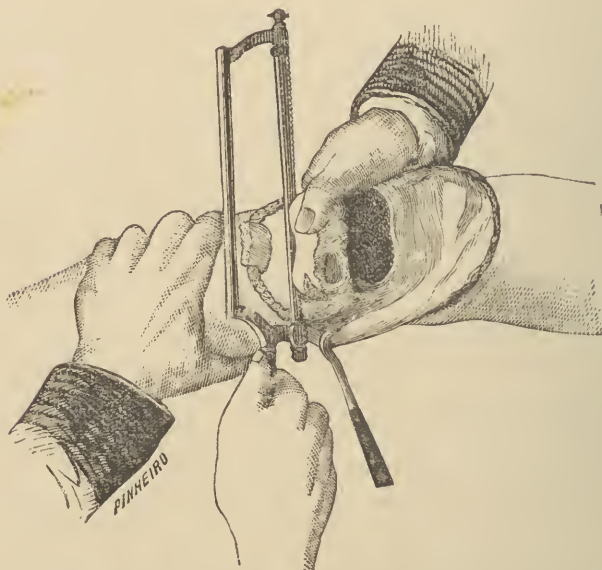



Fig. 17.— Resecção do joelho. O retalho convexo semi-lunar levantado. Superficie seccionada do femur, e attitude para a secção do tibia.

resse nos curativos, e boa hygiene do doente, como nos dias em que elle esteve sob as minhas vistas, decididamente não havia de ser duvidoso o seu restabelecimento.

Não vos sirva esse caso senão para proseguirdes melhor na pratica das resecções do joelho quando as suas indicações forem tão evidentes que só entre ella e a amputação da côxa encontrardes recursos para salvar os vossos doentes.

QUADRAGESIMA SETIMA LIÇÃO

DA COXALGIA

SUMMARIO:—Historia de um caso de coxalgia.—Phenomenos observados.—Idéas erroneas sobre a significação dada entre nós a esses phenomenos.—Affecções a que elles podem pertencer.—Meios de distinguir essas diversas affecções.—Difinição de coxalgia.—Arthrite fungosa coxo-femoral.—Symptomas da coxalgia.—Periodos em que ella se divide. —Os symptomas do primeiro e segundo periodo podem ser confundidos com os de algumas affecções articulares ou periarticulares.— Attitudes do membro nos diversos periodos da coxalgia.—O alongamento e o encurtamento do membro são phenomenos apparentes.—Marcha e terminação no terceiro e ultimo periodo.—Natureza da coxalgia.—Elementos articulares invadidos primeiramente pelo processo inflammatorio.—Explicação e apreciação das causas dos phenomenos que se observão.—Theorias acerca da dôr em ponto distante da região affectada.—Objecções contra ellas.—Ignorancia de sua causa verdadeira.— Apreciação das causas dos desvios de attitude.—Idéas dos antigos acerca do alongamento e encurtamento do membro.—Meios de que se servião para acreditarem na realidade d'esses phenomenos.—Processos empregados pelos quaes se pode reconhecer que o alongamento e o encurtamento são geralmente apparentes.—Valor destes phenomenos no conhecimento das alterações articulares.— A luxação é um accidente raro.— Periodo em que se manifesta.— Meios de reconhecel-a.—Tratamento.— Indicação a preencher.— Vantagens da immobilidade.— Apparelhos inamoviveis.

MEUS SENHORES,

Apresentou-se hontem 10 de Outubro de 1873 n'este amphytheatro uma criança de 6 annos de idade, do sexo masculino, de temperamento lymphatico e constituição fraca, a qual, no dizer de sua mãe, começára ha cinco mezes mais ou menos a coxêar, e comquanto fosse tratada por diversos medicos, não tem experimentado melhoras em seu estado e se acha em condições em que nem mesmo póde andar. A affecção que ella apresentava se caracterisava pela flexão da perna esquerda sobre a côxa, e desta sobre a bacia, com um ligeiro movimento de rotação do membro para

fóra, ou de abducção, de modo que o concavo poplitêo respectivo se achava ao nivel da parte média ou terço inferior da côxa direita, e o calcanhar ao nivel do malleolo interno da perna do mesmo lado. Além disto observava-se uma deformação consideravel da região coxo-femoral, caracterisada pela saliencia d'essa região, ou elevação da bacia, de modo a formar sobre as partes lateraes um angulo bem pronunciado com o flanco do mesmo lado. A prega inguinal era mais profunda e se achava quasi vertical, e a prega glutea se achava mais elevada do que a do lado opposto. Collocada essa criança em decubito dorsal, percebia-se sobre a parte anterior e superior da côxa uma saliencia de quatro centimetros de diametro no sentido vertical, e dous no sentido transverso, movel sobre o femur, depressivel, elastica, e que se perdia insensivelmente sob a pelle tanto em cima como em baixo. O membro abdominal se conservava em flexão, e logo que se procurava retiral-o d'esta attitude e pôl-o em extensão a par do membro opposto, não só a criança começava a chorar, como se notava immediatamente que a região lombar que repousava sobre a meza quando o membro se achava em flexão, se elevava ou se affastava d'ahi, de modo a descrever uma curva pronunciada com a concavidade para traz, e a convexidade para diante. Procurando pelo contrario applicar a columna vertebral ou a região lombar sobre a meza, se percebia immediatamente um phenomeno caracteristico e que acompanha sempre a enfermidade de que soffre essa criança: O membro esquerdo sendo com effeito posto em flexão sobre a bacia, de modo a affastar-se consideravelmente do plano em que estava collocado, a curvatura que descrevia a região lombar desapparecia.

Em toda a extensão do membro, a mais forte apalpação não despertava grito nem chôro n'essa criança, mas quando se fixava a bacia, e se imprimiião movimentos de qualquer especie ao respectivo membro, ou se comprimia fortemente o grande trochanter de maneira a chocar ou abalar a articulação coxo-femoral, o

doente punha-se logo a gritar e chorar. A' vista pois de todos estes phenomenos não podia haver duvida de que se tratava de uma lesão da articulação coxo-femoral; mas qual poderia, meus senhores, ser a lesão que determinava os symptomas que acabei de vos indicar? Eu peço toda a vossa attenção para este ponto, ou para os phenomenos caracteristicos da affecção d'essa criança, pois que parece-me que os cirurgiões entre nós desconhecem em grande parte os trabalhos feitos n'estes ultimos vinte annos sobre as affeções das articulações, e conservão sobre algumas d'ellas idéas falsas e manifestamente erroneas, pelo que a therapeutica ou os meios aconselhados offerecem todos os inconvenientes imaginaveis. Tenho sido chamado em conferencia para ver doentes de molestia identica, e muitas vezes muito admirado tenho ficado com as idéas emettidas a respeito das condições em que a articulação deve achar-se, e dos meios de que se deve lançar mão, pelo que parece-me que esses cirurgiões nunca se derão ao encommodo de ler os trabalhos de Bonnet de Lyão, de Malgaigne e de alguns outros praticos a respeito das affecções articulares! Quantos aleijados não tereis occasião de ver por estas ruas da cidade do Rio de Janeiro victimas, em regra geral, da ignorancia com que têm sido tratados? Apresentai o doente em questão a muitos dos nossos clinicos ou que exercem a cirurgia, e d'elles ouvireis muitas supposições ou idéas falsas ácerca da affecção, predominando principalmente o diagnostico ou de uma ankylose ou de uma luxação espontanea! Embalde lhes mostrarieis que para ter havido a mudança de relações das superficies articulares seria preciso que se rompesse pelo menos a capsula, e que para a destruição das partes fibrosas devia ter havido um processo inflammatorio e suppurativo, que apresentaria então a singular marcha de não revelar-se exteriormente por symptoma algum além da dôr e deformação da região coxo-femoral. A objecção não seria aceita, e vos responderião que a luxação havia sido produzida por derramamento de synovia na articulação ou pelo desenvolvimento

de um tecido fungoso no fundo da cavidade cotyloide, como se um liquido derramado ou injectado em uma articulação ou o tecido fungoso fossem de um instante para outro capazes de vencer a resistencia dos musculos e das partes fibrozas que retêm unidas as superficies articulares! Tendes visto com effeito arthrites agudas do joelho, acompanhadas de derramamento abundante intra-articular, e por ventura já notastes luxação por este meio ou causa, e já observastes que o desenvolvimento de fungosidades articulares se traduzisse *apenas* por luxação?

Julgo que não reflectem os que lanção taes proposições, e é para vos esclarecer sobre essa affecção e vos desviar dos mesmos erros que vim occupar-me d'esse doente na presente conferencia.

Mas que affecção era essa? Attendei bem para os symptomas que comvosco observei: elles se caracterisavão pela flexão da côxa esquerda sobre a bacia com rotação para fóra ou abducção, deformação da região coxo-femoral, e sensibilidade despertada pela pressão sobre o grande trochanter, ou quando se exercia qualquer movimento exagerado de flexão, extensão, abducção ou de adducção da côxa sobre a bacia, notando-se que, quando se praticava o movimento de extensão, immediatamente a região lombar se affastava do plano em que repousava e se tornava arqueada, para vir occupar a sua posição logo que o movimento de extensão era substituido pelo movimento de flexão. O membro abdominal esquerdo era, á vista, muito mais longo que o seu congenere, mas collocando-se ambos em flexão moderada, visto que não podia-se pôr o esquerdo em extensão, e tomando-se com uma medida metrica a distancia entre a espinha iliaca antero-superior e a rotula de um e outro lado, havia a differença de meio centimetro a favor do membro direito, o que não tem valor algum pela natureza do processo empregado.

A lesão de nosso doente poderia assim ser traduzida por *attitude viciosa do membro abdominal esquerdo caracterisada por*

flexão da côxa em angulo obtuso sobre a bacia com rotação para fóra.

Mas, como podeis observar e pensar, essa attitude não é natural e deve portanto estar ligada a uma causa que virá constituir então a affecção principal. Qual será essa causa ou essa affecção? Será uma ankylose? Será uma luxação? Será um fractura viciosamente consolidada, ou será pelo contrario uma coxalgia?

A ankylose é o resultado da união fixa das superficies articulares entre si e reconhece por causa uma alteração das mesmas superficies articulares dos ossos, ou então uma modificação no apparelho ligamentoso, em virtude do que este perde a sua acção e não permitte o movimento das superficies articulares. Então a ankylose deve ser precedida dos symptomas proprios d'essas alterações e das modificações do apparelho ligamentoso e das superficies articulares dos ossos, e a attitude viciosa póde firmar-se, sem que os individuos sintão mais que seus inconvenientes. Entretanto em nosso doente qualquer pressão exercida sobre a região pelvi-trochanteriana era dolorosa, e não havia meio que fizesse com que elle se firmasse e andasse sobre o membro que era séde da lesão. Além disso para mostrar que não se tratava de uma ankylose, observarei que depois de haver fixado a bacia, foi-me possivel exagerar o movimento de flexão, e augmentar um pouco a extensão, chegando ainda a desfazer a attitude viciosa e a provocar movimentos de flexão e extensão completos, submettendo o doente á chloroformisação. Tornou-se evidente por este meio, que não cessarei de aconselhar, quando em caso identico houver duvida sobre o grão de alteração das superficies articulares, de que a attitude viciosa não dependia de uma ankylose.

Estaria entretanto ligada á luxação accidental coxo-femoral? A attitude do membro não poderia fazer com que se concebesse senão a existencia de uma luxação para diante e para cima, por quanto as outras variedades de luxação coxo-femoral deverião dar ao membro uma outra attitude ou determinar a rotação para

dentro e a adducção em logar da abducção que se observava ; mas a luxação para diante e para cima não poderia ser admittida, já por que não se achava nenhuma depressão ao nivel da cavidade cotyloide, desde que tratei de explorar a região, já finalmente por que tirando, como aconselhava o professor Nélaton, uma linha da espinha iliaca antero-superior á tuberosidade iskiatica via-se que ella passava justamente ao nivel do bordo superior do grande trochanter ; ora, quando ha luxação, em logar de cahir ao nivel do apice d'essa apophyse passa sobre um ponto mais ou menos aproximado da base do grande trochanter. Se tudo isto não fosse bastante para excluir a idéa de luxação, ahi estaria o desapparecimento da attitude viciosa logo que foi o doente submettido á chloroformisação, e por este meio fez-se cessar toda a acção contractil dos musculos da região pelvi-trochanteriana. E comprehendeis por acaso que aquella desapparecesse, si houvesse uma luxação accidental, ainda que datasse de cinco mezes? E a sensibilidade revelada por chôro da criança quando se comprimia o grande trochanter por modo a aproximarem-se bruscamente as superficies articulares deveria ainda existir em uma luxação tão antiga?

Ainda menos divieis pensar em uma fractura da extremidade superior do femur viciosamente consolidada, já por que os primeiros symptomas da molestia se caracterisão pela claudicação para depois vir a impossibilidade do andar, quando em uma fractura a perda das funcções do membro pela mobilidade anormal deveria constituir o primeiro symptoma ou o signal mais evidente e notavel da solução de continuidade do osso, já porque o eixo do grande trochanter acompanha o do resto do femur, e este osso não apresenta atráz, em que a apreciação de seu estado não deixa duvida, a menor saliencia que possa indicar que tendo havido uma fractura os dous fragmentos não se consolidassem regularmente, e já finalmente por que, assim como já disse, a attitude viciosa deixou de existir desde que a criança foi chloroformisada.

A' vista de todas essas considerações, bem vêdes, que não podia considerar esse estado senão dependente de uma *coxalgia*. Mas o que se entende por coxalgia? A nos restringirmos ao sentido ethymologico da palavra, poder-se hia dar o nome de coxalgia a toda affecção dolorosa da articulação coxo-femoral. Entretanto por este modo uma contusão da articulação, uma entorse, uma luxação, uma fractura intracapsular do femur, o rheumatismo, e a arthrite coxo-femoraes poderião ter o nome de coxalgia, e muitas dessas affecções erão designadas pelos antigos sob o nome de coxalgias. Foi depois que J. L. Petit com os seus trabalhos attrahio a attenção dos cirurgiões para as molestias das articulações, que se reservou esse termo para designar uma affecção inflammatoria da articulação coxo-femoral, de marcha insidiosa e caracter geralmente chronico e recrudescencias periodicas, a qual se desenvolve em crianças e em individuos adultos lymphaticos ou escrofulosos, e offerece terminações diversas segundo os symptomas geraes e as desordens produzidas nas partes componentes da articulação.

Sei que outros cirurgiões designão debaixo do nome de coxalgia a arthrite fungosa da articulação coxo-femoral, ou a affeção que reveste os caracteres tanto anatomicos como symptomaticos dos tumores brancos, mas reflectindo que nem sempre a coxalgia se caracterisa pela formação d'esse tecido fungoso, e que por outro lado a denominação de tumor branco não dá idéa das fórmas da affecção coxalgica, julgo que a definição que acabei de offerecer, apezar das contestações que pode levantar, é a que melhor representa o caracter da affecção em questão.

Quaes são pois os symptomas dessa affecção? O doente que hontem foi submettido á vossa observação apresentava-os bem evidentemente; entretanto para que a affecção revista-se daquelles caracteres, é preciso que tenha chegado a certo periodo de sua evolução, pois que não se manifesta desde logo por aquelle modo; todavia é nos primeiros tempos, e quando apenas sua

existencia vem revelar-se por alguns signaes fugitivos ou pouco francos, que podereis com mais proveito e melhor resultado lançar mão dos meios de que a sciencia dispõe para debellar uma das mais graves affecções articulares.

No primeiro periodo ou periodo inicial os symptomas da coxalgia são muito insidiosos, e deste modo quando a molestia se manifesta em crianças que não sabem exprimir os seus soffrimentos, nota-se que estes se traduzem pela preguiça e indisposição, e que ellas, contra os seus habitos, não têm vontade de andar e agitar-se em todos os sentidos, desejando mais vezes em seus passeios ser carregadas do que andar, e então, se caminhão, arrastão os pés, acompanhando o movimento do membro com o da bacia. Em alguns casos ellas não accusão mais do que uma fraqueza, ou entorpecimento com dores vagas ao longo do membro, ou então na região pelvi-trochanteriana, e mais vezes na articulação femoro-tibial, principalmente na região interna correspondente á rotula. Outras vezes as dores são fracas durante o dia, mas tornão-se agudas para a noite, e sob a sua influencia, as crianças despertão em gritos. A localisação da dôr no joelho, não se dando nenhum outro phenomeno, senão difficuldade em andar, tem feito em muitos casos com que se attribua a sua manifestação á uma affecção desenvolvida nessa região, mas quando o cirurgião está de sobreaviso, e procede a um exame cuidadoso, elle poderá reconhecer pela compressão directa do grande trochanter por modo a levar a cabeça do femur á cavidade cotyloide ou por meio de movimentos impressos em todos os sentidos á articulação coxo-femoral, que a affecção tem a sua séde nesta articulação, já pela maior intensidade da dôr nestas condições, já pela limitação desses mesmos movimentos, quando nenhuma exaltação da sensibilidade se revela no joelho, quer pela pressão, quer pela flexão e extensão da respectiva articulação. Com um pouco de attenção, desde que se manifestão esses symptomas, póde-se ter como certa a existencia de uma coxalgia. Só com os phenomenos

dependentes de uma contusão e entorse da articulação coxo-femoral, de uma sacro-coxalgia ou de um flèimão da região pelvi-trochanteriana ou da fóssa iliaca interna, é que podereis confundir a coxalgia na evolução desse periodo ; mas a ausencia prévia de qualquer traumatismo e de tumefacção da região coxo-femoral faria com que se dissipassem todas as duvidas em relação á contusão e á entorse, em que a dôr não se manifesta em pontos distantes ou no joelho, e se concentra toda na região, não sendo bastante para provocal-a com mais intensidade a pressão ou a percussão do grande trochanter, como acontece na coxalgia, em que a dôr no começo é pouco apreciavel, mas póde na generalidade dos casos, como tenho observado, ser despertada quando pela pressão do grande trochanter leva-se a cabeça do femur de encontro á cavidade cotyloide. Na sacro-coxalgia e na sciatica, a dôr não é despertada pelo meio que acabei de indicar ; mas na primeira affecção ella póde sel-o, procurando-se aproximar os dous iliacos, e na segunda ella não se exalta com os movimentos impressos ao grande trochanter, e, além dos pontos dolorosos no trajecto do nervo sciatico, ha ainda outros na parte correspondente á crista iliaca e á espinha iliaca posterior.

A coxalgia poderá ser confundida com o fleimão da fossa iliaca externa ou interna, mas o exame das partes compromettidas esclarecerá o diagnostico, deixando apreciar a tumefação d'essas regiões desde a primeira manifestação das dôres, ao passo que na affecção coxalgica a nadéga nesse periodo se apresenta abatida e o engorgitamento só se pronuncia tardiamente, e não occupa a fossa iliaca interna.

Seja como fôr, depois dessa exaltação mais ou menos pronunciada da sensibilidade, ora limitada á região coxo-femoral ora desenvolvida conjunctamente em pontos mais ou menos distantes, notareis ao mesmo tempo ou depois de dias e até mezes, modificações profundas na attitude e posição do membro affectado. Esses desvios da attitude natural são tão

frequentes na coxalgia, tem caracteres tão especiaes que os antigos dividião a affecção em periodos particulares, segundo a attitude em que o membro abdominal affectado se apresentava, e para um cirurgião instruido não precisa algumas vezes mais do que apreciar a attitude do membro, quer durante o andar, quer durante o repouso para pensar desde logo que o individuo soffre de coxalgia.

No doente de que me occupo, em que attitude se apresentava o membro affectado? A perna esquerda se achava em flexão sobre a côxa, e esta sobre a bacia e voltada em rotação para fóra e em abdução, de modo que o concavo poplitêo respectivo se achava ao nivel da parte média ou terço inferior da côxa direita e o calcanhar ao nivel do maleolo interno da perna do mesmo lado. E' esta a attitude que tereis de observar em grande numero de casos de coxalgia, principalmente quando a affecção é acompanhada de dores intensas, ou se tiver prolongado por algum tempo. Quando porém a molestía começa, ou não é acompanhada de muita dôr de modo que o individuo póde andar, a flexão não é pronunciada, mas nota-se um movimento de rotação externa ou de abducção não só do membro affectado como da bacia, por modo que aquelle parece muito mais longo que o seu congenere, como tivestes occasião de observar em um individuo que occupou ha pouco tempo a cama n. 25 d'esta enfermaria, e que se apresentava com uma coxalgia do lado esquerdo (fig. 18). Essa attitude é permanente, e se empregardes esforços para destruil-a, observareis que a extensão ou distensão do membro se faz á custa da bacia e da columna lombar que se curvão para diante, affastando-se do leito sobre o qual o doente tem sido collocado ou deitado.

Quando todos os phenomenos de que tenho-vos fallado até aqui, são encontrados em um individuo não tereis duvida em consideral-o affectado de uma coxalgia. Os meios que vos indiquei

servirão para descriminar os caracteres proprios da affecção de alguma outra que possa ter com ella alguma relação. Mas nem a coxalgia se limita unicamente á producção d'esses phenomenos, nem a falta delles significa que uma tal affecção não exista.

O conjuncto de phenomenos que vos forão indicados caracterisa na minha opinião o segundo periodo da coxalgia.

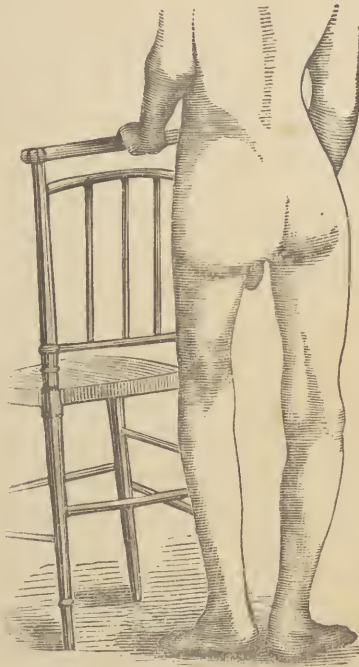



Fig. 18. — Doente affectado de coxalgia do lado esquerdo no segundo periodo de sua evolução.

N'este periodo o phenomeno que mais impressiona ou se torna mais saliente quando a affecção data de algum tempo é a modificação na attitude, em virtude da qual o membro parece mais alongado ou mais comprido que o seu congenere, pelo que os antigos designavão esse periodo da coxalgia com o nome de periodo de alongamento.

Quando fallar-vos do mecanismo d'esses phenomenos e dos meios de verificação d'esse alongamento, eu vos farei ver que esse alongamento é todo apparente ou não tem nada de real; por isso não se deve aceitar a denominação dada pelos antigos cirurgiões.

Seja como fôr, a affecção que no principio ou no seu primeiro e segundo periodos, não apresenta mais do que os phenomenos que vos indiquei, entregue a si mesma, passa a um outro periodo que se póde designar debaixo do nome de periodo suppurativo da coxalgia. Em taes condições, as dôres que o individuo experimenta se concentrão com mais intensidade na articulação.

Qualquer movimento ou abalo n'esta região é bastante para despertar ali dôres atrozes; o doente não encontra o menor lenitivo em seus soffrimentos; dia e noite elle se conserva immovel e em extrema anciedade para que o deixem no mais absoluto repouso; receia a aproximação de qualquer pessoa, e nem mesmo tolera algumas vezes o peso dos lençóes.

O membro conserva a mesma attitude, mas em gráo mais pronunciado. A região coxo-femoral torna-se mais deformada e a saliencia da nadega dá a idéa de uma luxação; e mais de uma vez tenho ouvido emittir a opinião de que a affecção do individuo não consiste senão em uma luxação espontanea ou accidental! Em breve, observareis atrás, no ponto correspondente á fossa iliaca externa ou ao rebordo cotyloidiano, ou embaixo no lado externo correspondente ao grande trochanter, ou finalmente no lado interno da côxa formar-se uma elevação molle, elastica e sensivel á pressão, dando signaes evidentes de fluctuação. A par d'esses phenomenos locaes, notareis a manifestação de symptomas geraes caracterisados por elevação de temperatura, precedida de calafrio, e seguida de máo estar, insomnia, agitação, anorexia e sêde. O abscesso assim formado póde ser profundo ou superficial. A pelle se adelgaça por fim, rompe-se ou então o cirurgião procede á dilatação; e explorando o fóco purulento ou descobre que não ha communicação

ao menos directa com o interior da articulacão, ou reconhece que o fóco vae terminar em uma superficie ou parte que tem todos os caracteres de uma superficie ossea denudada em uma maior ou menor extensão. A' medida que o fóco purulento diminue ou apenas se tem transformado em um trajecto fistuloso, novo insulto inflammatorio se manifesta ou no mesmo logar ou em ponto mais distante.

A secreção fornecida por esses fócos purulentos é constituida por pús de boa natureza, espesso e bem ligado, ou por um liquido sero-purulento de côr escura, ou finalmente póde ser unctuoso como se estivesse misturado com a synovia. O cheiro do pús offerece modificações notaveis, desde o que apresenta o pús louvavel, e do que procede dos abcessos ossifluentes ou por congestão até ao que é fornecido pelas partes que se achão em pleno trabalho de putrefacção.

Ao entrar a affecção no terceiro periodo de sua evolução ou no periodo surpurativo, a flexão da perna sobre a côxa se pronuncia de mais a mais, porem é muito raro que o membro continue a apresentar-se em abducção e rotação para fóra. Algumas vezes mesmo, antes de declarar-se manifestamente qualquer insulto suppurativo, começa a notar-se uma mudança na attitude do membro. Este vae voltando para dentro e no sentido da adducção, de modo que o joelho do lado affectado repousa sobre o terço inferior da côxa e a ponta do pé volta-se para o lado interno da outra perna. A nadega torna-se ao mesmo tempo mais saliente e arredondada, e a prega glutea se acha mais elevada do que a do lado opposto; o grande labio nas mulheres e o escrôto nos homens se apresentão mais pronunciados e visiveis no lado affectado do que na parte opposta.

N'esta nova attitude, o membro parece mais curto do que o seu congenere, e este phenomeno exprimia para os antigos um facto tão verdadeiro, que elles designavão esse periodo da coxalgia sob o nome de *periodo do encurtamento* do membro; mas, como vos

direi d'aqui ha pouco, esse encurtamento é, como o alongamento, um phenomeno apparente, e só em casos excepcionaes poderá ser real.

E' raro que com a suppuração não se dê a luxação coxo-femoral pela destruição do rebordo cotyloidiano.

Chegada a este periodo, a affecção progredindo em sua marcha ou leva o individuo ao estado marasmatico caracterisado por todos os symptomas de uma febre septicemica de terminação fatal, ou ainda passa por uma evolução regressiva, o que é muito raro, e a cura se estabelece á custa de uma ankylose com luxação ou sem ella, mas em todo o caso com desvio e encurtamento real do membro e claudicação proporcional ás alterações que se derão na respectiva articulação.

Já vêdes pois que submetti á vossa observação um caso de affecção muito importante já pela sua propria natureza, já pela gravidade que assume, muito mais consideravel, quando se tem desconhecido a affecção e não se tem, desde o periodo inicial, applicado os meios convenientes.

Si para facilidade do estudo e apreciação dos factos anatomo-pathologicos dividi, meus senhores, a coxalgia em tres periodos, não se segue que os phenomenos se manifestem n'esses periodos com a precisão indicada, e que não possaes, ás primeiras manifestações da coxalgia, encontrar phenomenos que mais vezes sejão referentes ao segundo periodo. No doente que vos apresentei se accentuavão bem os phenomenos deste segundo periodo; o que resta agora é explicar a sua manifestação.

Não ha duvida de que a affecção pela sua marcha e evolução tem todos os caracteres de um processo inflammatorio sub-agudo ou agudo dos elementos que entrão na composição complexa da articulação coxo-femoral. Qual seja o elemento primitivamente affectado, qual seja tambem a natureza do processo inflammatorio —é o que tem suscitado muita discussão entre os anatomo-pathologistas. Alguns acreditão que a affecção começa pelo ligamento

redondo e d'ahi propaga-se á synovial e á capsula articular, e outros julgão que ella tem o seu ponto de partida na synovial, ou na cabeça do femur, ou nas paredes da cavidade de cotyloide, ou finalmente em todas estas partes conjunctamente.

Seja como fôr, os phenomenos que mais sobresahem são: a dôr e as mudanças de attitude do membro affectado.

A dôr, que se notava na articulacão do doente que vos fiz observar, não tem nada de admiravel, desde que se trata de um processo inflammatorio cuja sede é nos elementos articulares. A este respeito as opiniões não offerecem a menor divergencia, e quer se admitta, como Hannequin, que no começo da coxalgia o ponto primitivamente affectado seja o ligamento redondo, bainha vasculo-nervosa que prende a cabeça do femur á cavidade cotyloide, quer se julgue que a molestia póde começar, como Erichsen e outros, pela parte superior do femur ou pelo fundo da cavidade cotyloide ou pela synovial, o processo inflammatorio, como em outro qualquer orgão ou região, é acompanhado de exaltação de sensibilidade mais ou menos notavel. Onde porém reina a maior divergencia é a respeito das dôres que se manifestão em regiões mais ou menos affastadas ou distantes da séde verdadeira da affecção. No doente de que me occupo, nada pude obter relativamente á manifestação da dôr em regiões distantes da articulação coxofemoral, mas no outro doente da fig. 18 as dôres não se limitavão só a essa região, mas se manifestavão tambem no joelho. A que causas pois se póde attribuir essa exaltação da sensibilidade?

Numerosas são as theorias que se tem apresentado a respeito das dôres que os individuos coxalgicos experimentão longe da articulação coxo-femoral.

Benjamin Brodie acreditava que essa dôr era inteiramente symphathica e semelhante a que um individuo affectado de calculo vesical experimenta algumas vezes na glande.

Thompson fez ver que não se podia por este modo explicar o phenomeno em questão, e que a dôr dependia evidentemente da

compressão do nervo obturador, exercida pelos tecidos alterados ou inflammados; mas, como muito bem diz o Dr. Leon le Fort, nos tumores brancos do cotovello em que o nervo cubital deveria ser comprimido, as dores não se propagão até ás ramificações do mesmo nervo. Além d'isto a observação tem demonstrado que a affecção, comquanto continue a desenvolver-se e a determinar desordens mais profundas, não provoca dôres longe da articulação affectada no ultimo periodo, como o faz no começo de sua evolução, e quando faltasse a observação, ahi estarião ainda as experiencias de Ch-Bell para não deixarem duvida de que o influxo nervoso marcha debaixo para cima nos nervos da sensibilidade e em sentido contrario nos nervos da mobilidade.

O professor Richet era de opinião que essa dôr era devida á propagação da inflammação articular pelo canal medular do osso. Si com effeito pode-se em alguns casos, quando a affecção depende de uma inflammação do extremo articular do femur, admittir que a inflammação represente um papel importante na producção da dôr, não é possivel dar valor a essa theoria desde que o mesmo phenomeno se manifesta, quando a affecção tem exclusivamente a sua séde nas partes molles, e o osso se acha completamente livre de qualquer alteração. Além de tudo não se pode conceber, meus senhores, como a inflammação do femur propagada pelo canal medullar, chegue até ao tibia, pois que algumas vezes o doente experimenta grande dôr na parte correspondente ao segmento do membro coustituido por esse osso.

Emfim não se póde conceber, assim como vos disse ao apreciar a theoria de Benjamin Brodie, que a dôr seja devida á propagação da inflammação pelo canal medullar, quando ella cessa ou diminue mais no fim do que no começo da affecção coxalgica.

Bonnet de Lyão e Malgaigne erão de parecer que a dôr dependia de uma inflammação do mesmo genero desenvolvida concumitantemente na articulação do joelho. Com quanto não

se tenhão feito muitas autopsias no periodo inicial da coxalgia, todavia, com excepção de um caso referido por Bonnet, não existe na articulação do joelho symptoma algum que no maior numero de casos indique que essa articulação seja a séde de qualquer alteração.

O Dr. Hannequin apregoando o emprego da extensão continua na coxalgia, julga que a dôr está ligada á contracção muscular, e desenvolvendo a sua theoria elle diz que a affecção começando pelo ligamento redondo, este augmenta de volume e subtrahe-se ás violencias determinadas pelo contacto das superficies articulares, pelo que os musculos visinhos se contrahem para immobilisarem as superficies articulares em uma posição que diminuirá a pressão que o ligamento deve fatalmente experimentar, e em taes condições a bacia se inclina para o membro doente e a côxa se colloca em abducção, attitude esta que faz com que a pressão seja desviada da zona polar da cavidade onde se acha o ligamento, para um outro ponto. A dôr no joelho seria pois na opinião do Dr. Hannequin devida á tracção inferior experimentada pelos musculos abductores para subtrahirem o ligamento redondo ás violencias do movimento articular; mas sem negar que a attitude da abducção seja provocada pela necessidade instinctiva que que tem o doente de immobilisar a articulação para livrar-se da dôr coxo-femoral, elle sentiria a necessidade e poria em jogo a contracção de outros musculos para contrabalançar a dôr determinada pela contracção dos abductores, tanto mais quanto a dôr no joelho é tão viva e intensa como a da articulação coxo-femoral.

A' vista do que acabei de vos dizer, a conclusão a tirar é que a dôr que se manifesta distante da articulação coxo-femoral, depende de uma causa que não foi perfeitamente explicada.

Um outro phenomeno muito curioso na coxalgia é o que se refere ás mudanças ou desvios que soffre o membro affectado.

No doente que vos fiz observar. o membro se achava em abducção e rotação externa, e parecia mais longo que o seu congenere ; e em um periodo mais adiantado da molestia essa attitude é substituida pela adducção e rotação interna, e o membro parece então mais curto. Esse alongamento e encurtamento serãõ reaes ou simplesmente apparentes ?

Os antigos não tinhão duvida em asseverar que o alongamento e o encurtamento erão phenomenos reaes na coxalgia; e como procedião elles para chegarem a esta conclusão?

Rust em seu tratado de *Arthrokakologia* não tinha duvida em asseverar que havia alongamento quando o doente, apoiando os pés em terra, tinha o joelho do lado affectado mais saliente que o do lado opposto. Dzondi para apreciar a existencia do alongamento ou do encurtamento fazia com que o doente se assentasse em uma cadeira, o mais para traz que fosse possivel, por modo que as côxas ficassem dobradas em angulo recto sobre a bacia, e, pela comparação das relações dos joelhos ou dos calcanhares, dos trochanteres e das cristas iliacas, elle chegava á conclusão de que o doente tinha ou não alongamento ou encurtamento do membro.

Frick, segundo o professor Crocq, media a distancia da espinha iliaca antero-superior á rotula e ao moleolo externo, e chegava pela differença encontrada a admittir ou não a existencia do phenomeno em questão.

Boyer decidia-se pelo alongamento ou pelo encurtamento, quando deitando o doente em decubito dorsal e collocando sobre a mesma linha transversal as espinhas iliacas antero-superiores, comparava a differença que havia entre os dous membros postos parallelamente ao lado um do outro. Já Hunter e Brodie havião dito que na coxalgia o alongamento e o encurtamento erão phenomenos apparentes, e que dependião exclusivamente da attitude em que o membro se achava em relação á bacia, e do

movimento que esta executava na direcção de seu eixo vertical ou transversal (fig. 19).

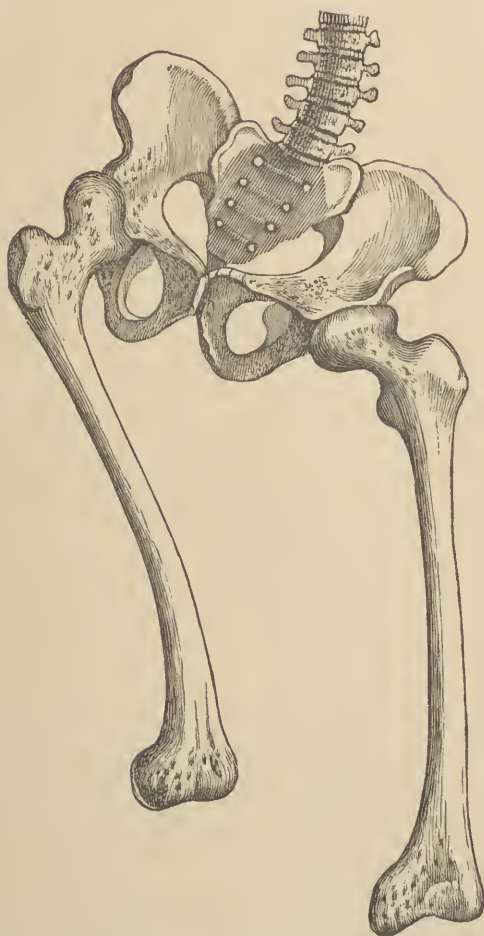



Fig. 19. — Differenças dos membros abdominaes segundo a inclinação da bacia.

O conhecimento da existencia real do alongamento ou encurtamento do membro na coxalgia é sobretudo importante debaixo

do ponto das alterações que se passão na articulação coxo-femoral, e a observação tem demonstrado que si na generalidade dos casos o alongamento e o encurtamento são apparentes, em outros constituem phenomenos reaes.

Na coxalgia, quando o membro se acha em abducção pronunciada, o alongamento é apparente ; mas quando o membro se acha em adducção, dá-se o encurtamento, e este é tambem apparente. Pode entretanto haver alongamento e encurtamento reaes do membro, sendo o primeiro phenomeno duvidoso, e dando-se o segundo quando tenha havido deslocamento completo ou incompleto da cabeça do femur.

O conhecimento exacto dessas condições não deixa de ter importancia na historia da coxalgia para esclarecer o cirurgião relativamente ao grão de alterações da região articular, e certamente não será pelos meios usados pelos antigos cirurgiões que se poderá chegar a uma conclusão rigorosa acêrca da existencia real ou apparente do alongamento ou encurtameuto do membro em um individuo affectado de coxalgia.

Na impossibilidade de se determinar exactamente a distancia de um ponto fixo da extremidade a outro da cavidade cotyloide, o Doutor Giraud Teulon na *Gazeta medica* de 1854 indicou o seguinte processo :

1.° Medir directamente com um compasso de espessura ou um compasso ordinario cujas pontas fossem guarnecidas de cera ou de cortiça, a distancia que separa a espinha iliaca antero-superior do ponto inferior do iskyon (fig. 20 letras A. I.) ;

2.° Transportar essa medida para um papel ou pedra para servir de base da operação ;

3.° Medir com uma fita metrica a distancia da tuberosidade interna do joelho á espinha illiaca antero-superior (A. C.), e depois descrever sobre a pedra ou papel um arco de circulo que tenha como centro a extremidade A da base de operação ou do triangulo ;

4.º Medir a distancia que vai da tuberosidade do iskyon á tuberosidade do joelho, e transportar a medida I. C. para a pedra afim de descrever com essa medida, como raio, um arco de circulo ;

5.º Reunir então o ponto de intersecção dos dous circulos ao meio da base do triangulo (O), ponto que representa o centro da cavidade cotyloide, e medindo-se a distancia entre O e C, se terá o comprimento do membro desde a cavidade cotyloide até á tuberosidade interna do condylo femoral.

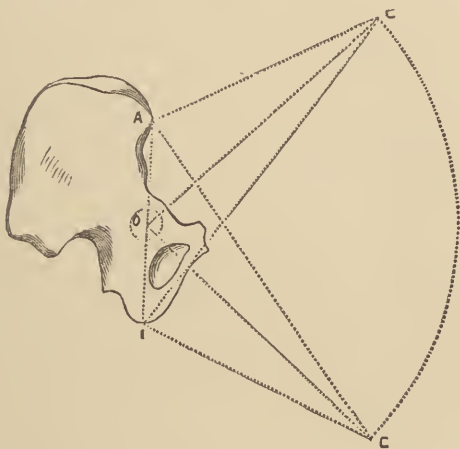



Fig. 20. — Regras para a medição dos membros na coxalgia.

Alguns outros processos têm sido propostos, mas nenhum offerece a simplicidade e vantagens d'aquelle que acabei de vos indicar.

Por meio d'elle alcança-se a medida exacta do comprimento do membro, e chega-se com precisão a determinar se existe alongamento ou encurtamento do membro.

A vantagem do conhecimento do alongamento ou do encurtamento está em que se póde, como vos disse, formar uma idéa mais exacta das alterações da articulação.

Outr'ora as deformações que se notavão nas attitudes do membro e na nadega erão logo tidas como a expressão de uma luxação ; e muitos cirurgiões, quando vião um doente com a affecção a que hoje se dá o nome de coxalgia, não tinhão duvida em consideral-a como dependente de uma luxação espontanea ou pathologica.

Alguns medicos entre nós seguem ainda hoje os mesmos erros, e é contra esse preconceito, é contra esse absolutismo e idéas falsas e erroneas que não tem por base a observação dos factos que me pronuncio por um modo cathegorico.

A coxalgia traz como consequencia invariavel uma luxação coxo-femoral ? Esta questão, pelo que já vos disse acêrca da coxalgia, não pode ter senão uma resposta negativa.

A coxalgia pode terminar pela cura antes e depois da suppuração sem que se manifeste ou se realise uma luxação coxo-femoral.

Em que casos pois se manifesta a luxação ? ou antes em que phase ou periodo da affecção se manifesta este accidente ?

Eis ahi, meus senhores, a questão que convém resolver, e a respeito da qual tenho-me esforçado para que as vossas idéas sejão bem claras e precisas.

Os antigos suppunhão, como já vos disse, que em qualquer periodo de sua evolução a coxalgia podia dar em resultado a luxação, e esta era devida, como queria J. L. Petit, á accumulação do liquido synovial na articulação. Parise que era partidario d'esta theoria já em virtude de algumas experiencias cadavericas a que se entregou, já por um caso que teve occasião de observar, deixava entrever que no primeiro periodo da coxalgia podia dar-se esse accidente.

Não posso comprehender como a synovia possa accumular-se na articulação para romper a capsula e mudar as relações das superficies articulares, e ainda não observei um só caso de coxalgia no primeiro periodo, em que se désse a luxação.

Segundo Bonnet de Lyão a cabeça do femur não abandonaria quasi nunca a cavidade cotyloide, a menos que esta se alargasse ou se destruisse por um processo ulcerativo ou pela carie. N'estes principios tambem se funda o professor Gosselin para asseverar que a suppuração existe sempre na articulação dos doentes quando se manifesta a luxação.

Posso muito bem admittir que, quando a coxalgia datar de muito tempo, a contracção permanente dos gluteos e do psoas-ilico elevando a cabeça do femur de encontro ao rebordo da cavidade cotyloide, possa fazer com que esta seja deprimida e alargada por modo que aquella fique mais livre e perca em parte as suas intimas relações; mas deve ser muito pouco frequente um facto similhante sem que a inflammação ulcerativa ou suppurativa se manifeste, e então a molestia tem passado ao seu terceiro periodo, unico em que para mim se póde dár a luxação chamada espontanea ou pathologica.

Só como facto muito excepcional aceito essas luxações no primeiro periodo da affecção, e ainda assim para não ter duvidas é preciso que se possa demonstrar a existencia de um encurtamento real, ou de outros symptomas proprios das luxações coxo-femoraes.

Seja porém como fôr, o que é positivo é que no caso que submetti á vossa observação, não se davão senão os phenomenos de uma coxalgia no segundo periodo sem indicio de qualquer luxação; portanto toda a questão a resolver depois do diagnostico era dos meios therapeuticos cuja applicação se tornava necessaria.

O tratamento de qualquer affecção fica sempre resolvido desde que a natureza da molestia não nos é completamente desconhecida.

A coxalgia é uma arthrite coxo-femoral ou uma affecção de natureza inflammatoria de marcha geralmente chronica e com tendencia á producção de um tecido cellulo-vascular.

Ora qualquer meio tendente a trazer a resolução do processo inflammatorio deve em absoluto servir para combater a affecção, e a historia da coxalgia consigna numerosos meios tanto internos como externos, a respeito de cuja efficacia nem todos gozão do mesmo valor.

A affecção é de natureza inflammatoria, mas não vos esqueçaes nunca que ella se desenvolve em individuos lymphaticos, fracos e escrophulosos, ou mal nutridos e alguns collocados em condições hygienicas pouco favoraveis; portanto raras vezes podereis pensar nos antiphlogisticos quer externos como as sanguesugas e as ventosas, quer internos como o nitro, a digitalis, etc.

Os meios emolientes, sedativos e resolutivos, applicados topicamente poderião servir, si acaso, meus senhores, não se déssem outras circumstancias que são sufficientes para entreterem o processo irritativo e inflammatorio na coxalgia.

Poderemos e deveremos sem duvida alguma preencher uma indicação fundamental que consiste em administrar os tonicos e analepticos, ou todo e qualquer meio tendente a combater a diathese ou o estado de debilidade e fraqueza em que se achar o doente, e cercal-o das melhores condições hygienicas que se possão imaginar, mas decididamente nada alcançareis ou nenhuma influencia salutar exercereis sobre o processo inflammatorio, nem alcançareis jàmais a sua resolução, se não immobilisardes a articulação. O esquecimento deste preceito elementar, mas fundamental, de todo o tratamento de uma coxalgia é que tem dado em resultado os mais deploraveis accidentes, e feito com que a affecção passe aos seus ultimos periodos ou tenha uma terminação fatal. Si todos se déssem ao trabalho de acompanhar com attenção os resultados do tratamento da coxalgia pela immobilisação, não se teria occasião de observar a suppuração, e muito menos essas deformações da região coxo-femoral e do membro abdominal.

A immobilisação para produzir os seus effeitos salutares não deve ser passageira ou pouco duradoura. Se accaso forem

esquecidos estes preceitos, e logo que as dôres ficarem acalmadas, houver pressa em abandonar a immobilisação articular, não tardareis em observar a manifestação ou continuação dos mesmos phenomenos, contra os quaes pretendestes exercer uma intervenção que não foi proficua.

Um outro ponto, para o qual devereis dirigir a vossa attenção no tratamento da coxalgia, é relativo á attitude viciosa do membro affectado. Se em alguns casos o membro se conserva em extensão, em outros, como vos disse, nota-se a flexão do joelho, o que é mais commum, ou então do joelho e da côxa sobre a bacia. A immobilisação concorre para resolver o processo inflammatorio, mas não destruiria a attitude viciosa que tenderia a permanecer pela regidez articular e pela contractura muscular. Não vos esqueçais pois de combater a attitude viciosa, collocando o membro em condições em que, a dar-se a rigidez articular, esta não possa ser desfavoravel. De que meios pois podeis lançar mão para immobilisar a articulação, e combater a attitude viciosa do membro na coxalgia?

Eu emprego sempre o apparelho amidonado, e é a esse apparelho que recorri para tratar o doente que hontem apresentou-se aqui na clinica.

O apparelho deve estender-se dos artelhos até á base do thorax. Só assim poderei contar com a immobilisação completa da articulação coxo-femoral. Se me limitasse a applicar o apparelho até á altura da bacia, qualquer movimento impresso ao tronco já na occasião da satisfação de qualquer necessidade physiologica do doente, já no momento de mudal-o de leito ou de substituir as roupas que o guarnecessem, repercutiria necessariamente sobre a articulação do doente, e o resultado sería nullo.

A promptidão e a facilidade com que se póde applicar um apparelho amidonado, levão-me a preferil-o a qualquer outro. O essencial é que todas as partes sejão envolvidas por uma boa camada de algodão, por modo que as tiras amidonadas não dêm logar a que se exerça uma compressão que seja prejudicial.

O apparelho gessado poderia substituil-o, si fosse facil a acquisição das tiras competentes.

Na gouteira de Bonnet de Lyão achão-se reunidas todas as condições para a immobilisação da articulação coxo-femoral, si fosse possivel ter sempre á mão um apparelho dessa ordem.

Na supposição de que as dôres na coxalgia dependião da contracção muscular, e de que esta affecção tendia a produzir necessariamente a luxação coxo-femoral, o Dr. Hannequin entre outros aconselha apparelhos que produzindo sem duvida a immobilisação exerção uma tracção continua.

A observação que o proprio auctor apresenta em apoio das vantagens de seu apparelho não é de natureza a inspirar confiança no tratamento d'essa affecção.

Tenho tratado aqui e em minha clinica particular muitos individuos de coxalgia por meio de apparelho amidonado, applicado segundo as regras que vos indiquei, e por certo que não tive occasião de observar accidentes da ordem d'aquelles referidos pelo Dr. Hannequin no caso em que fez applicação de seu apparelho de tracção continua.

Na occasião da applicação do apparelho amidonado tereis o cuidado de submetter os vossos doentes á acção dos anesthesicos. Só assim, ou só depois que tiverdes extinguido a sensibilidade, é que podereis corrigir vantajosamente a attitude viciosa do membro e proceder á applicação conveniente do apparelho amidonado.

Se houverem fistulas, disporeis as peças do apparelho por modo a abrir uma ou mais janellas que permittão proceder aos curativos convenientes dos fócos ou trajectos fistulosos.

O apparelho deve ser conservado por tanto tempo quanto fôr necessario para que o doente não sinta a menor dôr ainda que se exerça pressão violenta na parte correspondente ao grande trochanter ou nas regiões circumvisinhas.

Quando pelo periodo a que tiver chegado a affecção, a suppuração fôr inevitavel, podereis no momento conveniente abrir o

apparelho, dilatar o abcesso que se tenha formado, e renovar a applicação d'aquelle, deixando uma janella por onde se fação os curativos que forem necessarios. Si o exame da articulação fizer descobrir uma alteração cariosa dos extremos articulares, e não fôr possivel unicamente pela immobilisação alcançar um resultado favoravel, quer pela resolução do processo morbido quer pela ankylose, então vos decidireis pela resecção da extremidade articular do femur e raspagem da cavidade cotyloide, si esta se apresentar com as paredes alteradas por fungosidades ou pela carie.

Taes são os principios que vos devem guiar no tratamento da coxalgia, e de que fiz applicação ao caso que hontem submetti á vossa apreciação, tendo sempre em vista que a affecção não passára do segundo periodo ; e pois submetti o doente á acção do chloroformio, e, logo que a anesthesia foi estabelecida, corrigi a posição viciosa do membro, e fiz applicação de um apparelho amidonado que se estendeu do pé até á base da caixa thoracica.

Deixarei esse apparelho por um ou dous mezes, ou até que a pressão sobre a parte correspondente ao grande trochanter não desperte em mais de uma exploração, feita em intervallos de dias, a menor dôr na articulação, e si a dôr reapparecer, depois de retirado o apparelho, applicarei um outro que ali será mantido por tempo igual ao do primeiro.

E' o unico meio que me dará a certeza de que o meu doente ha de ficar restabelecido, e até hoje nenhum outro methodo de tratamento offerece vantagens superiores e de mais efficacia.

Não preciso dizer-vos que empregarei os tonicos e reconstituintes, como o ferro, a genciana, o lupulo e o oleo de figado de bacalháo, e recommendarei todo o cuidado para que a alimentação seja de boa qualidade e de facil digestão.

QUADRAGESIMA OITAVA LIÇÃO

DA ANKYLOSE ANGULAR DO JOELHO

SUMMARIO: — Procedimento dos cirurgiões brazileiros nos casos de ankylose. Motivos que me levárão a aceitar a pratica de Bonnet de Lyão e de Langenbeck. — Observação do caso em que puz em pratica o methodo de tratamento aconselhado por esses cirurgiões. — Diagnostico da ankylose. — Necessidade de conhecer-se o estado da articulação. — Valor que se deve dar á distincção entre as diversas especies de ankylose. — Genero a que pertencia a ankylose do doente observado. — Cuidado que se deve ter no diagnostico. — Causas da ankylose em geral e em particular no doente observado. — Os methodos de tratamento podem ser divididos em tres ordens. — Valor da extensão graduada, da extensão rapida, e da secção simples ou resecção das extremidades articulares. — Preferencia dada á extenção forçada. — Necessidade da anesthesia para essa operação. — Descripção da operação empregada. — Phenomenos observados durante e depois da operação. — Resultado satisfactorio, e destruição da attitude viciosa do membro.

MEUS SENHORES,

Foi em 27 de Agosto a vez primeira em que, pelo menos aqui no Rio de Janeiro, segundo creio, um cirurgião brazileiro teve de intervir activamente ou praticar a extensão rapida em caso de ankylose com flexão da perna sobre a côxa. Quando por qualquer circumstancia, o que felizmente hoje é mui raro, havia embaraço, diminuição ou perda de movimentos em uma articulação, com déformação do membro, os cirurgiões, com receio de que a extensão instantanea podesse ser seguida de desordens mais consideraveis do que aquellas que devião ser corrigidas, abandonavão esses casos aos recursos da natureza, e recommendavão aos enfermos que procurassem quanto fosse possivel fazer movimentos afim de obrigarem pouco a pouco a articulação a funccionar e a perder a posição viciosa que havia adquirido ; ou então fazião construir

apparelhos orthopedicos, cuja applicação poucos resultados offerecia, já pelos seus defeitos já pelo deleixo do proprio doente. Em alguns casos de que tenho conhecimento, si apparecia um cirurgião mais afouto e resolvido a praticar a tenotomia, afim de collocar consecutivamente o membro na posição conveniente, nenhum apoio encontrava nos praticos geralmente acreditados, para que fosse a idéa realizada.

Animado pelos resultados magnificos que o professor Bonnet de Lyão havia alcançado com a extensão rapida nos casos de ankylose da articulação coxo-femoral consecutiva á coxalgia, e tendo a observação dos orthopedistas inglezes demonstrado que era mui rara a ankylose por fusão ossea das extremidades articulares, resolvi praticar essa extensão, segundo o methodo de Langenbeck, afim de apreciar os seus resultados no primeiro caso em que a indicação se apresentasse. A opportunidade para isto foi-me offerecida este anno por um doente que occupa o leito n. 11 e que para aqui entrou no dia 16 de Agosto. Esse individuo, casado, de 36 annos de idade, temperamento sanguineo-nervoso, constituição robusta, e funileiro de profisssão, referiu que em 5 de Agosto do anno passado, e portanto ha 13 mezes, achando-se a dar tiros ou salvas com uma pequena espingarda por occasião das felizes noticias vindas do Paraguay, no momento em que tratava de engatilhar a arma, esta, que estava com a boca para baixo e na direcção do joelho esquerdo, disparára e lançára a carga constituida por chumbo sobre a parte inferior da côxa, onde penetrára a 10 centimetros acima do condylo interno, determinando-lhe immediatamente dôres intensas em toda a região do joelho, seguidas do desenvolvimento de grande inflammação e ulteriormente de diversos abscessos em sua vizinhança, sendo um no concavo poplitêo, e outro ao redor da rotula e abaixo do condylo interno do tibia, de alguns dos quaes ainda se encontrão as cicatrizes respectivas. Em virtude das dôres que sentia nessa região, nenhum allivio experimentava senão quando tinha a perna em flexão sobre a côxa, e

como, depois que cessára a inflammação, e as dôres havião desapparecido, o joelho ficasse tolhido em seus movimentos e se tornasse permanente e excessivamente incommoda a posição viciosa por não poder andar senão de mulêtas, resolvera vir para aqui afim de procurar remedio para sua enfermidade.

No dia da entrada desse doente, procedendo a minucioso exame, nenhuma outra alteração ou lesão encontrei em seus orgãos ou apparelhos organicos, além da que se referia ao joelho esquerdo. Ahi os dous extremos articulares constituidos pelos condylos do femur e do tibia formavão entre si um angulo quasi recto; o joelho não apresentava absolutamente mudança alguma de côr, e pela apalpação encontravão-se logo abaixo da pelle e na parte interna e superior da rotula alguns corpusculos fixos arredondados e nimiamente duros, constituidos pelo chumbo que alli penetrára. A rotula se achava um pouco desviada para fóra e não podia ser movida senão mui ligeiramente no sentido longitudinal. Não percebi fluctuação alguma em redor da articulação, cuja immobilidade era por tal modo persistente que não cedia aos esforços voluntarios do doente. Mas, senhores, segurando a côxa com a mão esquerda e procurando com a direita exercer alternativamente a flexão e a extensão da perna, notei, e commigo observastes, que apezar da rigidez da articulação se podia alli executar em limites apenas perceptiveis algum movimento para ao menos ficar bem estabelecido por mais uma vez que não havia fusão entre as superficies articulares. O volume do joelho parecia igual ao do lado opposto, mas o membro respectivo, sobretudo a secção constituida pela perna em que se manifestára a lesão, apresentava-se muito mais delgado do que o membro abdominal direito. Emfim as extremidades articulares conservavão as suas relações, ou erão sentidas no mesmo estado em que se apresentão quando a perna se acha em meia flexão sobre a côxa: não havia subluxação ou luxação incompleta dessas partes, nem deformações que indicassem destruição de qualquer parte ossea.

Em vista da immobilidade da articulação e da sua posição viciosa, e da ausencia de qualquer phenomeno inflammatorio e de exaltação de sensibilidade da parte, não podia restar a menor duvida de que se tratava de uma ankylose do joelho esquerdo com flexão em angulo recto da perna sobre a côxa. Mas, como sabeis, em casos desta ordem o mais difficil não é estabelecer o diagnostico da affecção ; e sim ter conhecimento exacto das condições da articulação e saber si a ankylose é falsa ou verdadeira, perfeita ou imperfeita, completa ou incompleta.

Não julgueis que dou ao primeiro destes termos ou expressões o valor com que erão apresentados na sciencia por diversos cirurgiões antigos e sobretudo pelo celebre J. L. Petit, que debaixo do nome de falsa ankylose descrevia todas as lesões articulares agudas ou chronicas, em que por causa das dôres os doentes não podião executar movimentos. Concordo com os pathologistas em que se deve dar o nome de ankylose á affecção em que o caracter dominante está sobretudo na diminuição ou perda permanente dos movimentos de uma ou mais articulações, nas quaes as superficies respectivas conservão as suas relações. Logo que a diminuição e perda dos movimentos articulares são produzidas sómente pela exaltação da sensibilidade das partes poderá tratar-se de affecção que termine por ankylose, mas não é ainda sobre este estado que o cirurgião tem de lançar suas vistas; por isso quando houver ankylose, esta não poderá ser senão verdadeira. Entretanto, como em uma articulação todos os movimentos podem ser ou completamente abolidos ou então quasi extinctos, deu-se com mui boa razão á ankylose no primeiro caso o nome de perfeita ou completa, e no segundo o de imperfeita ou incompleta.

A que genero pertencia pois a ankylose do doente que apresentou-se á observação? Na ankylose perfeita ou completa os movimentos são inteiramente abolidos, e, si ha opportunidade de examinar as partes, observa-se então que as superficies articulares dos ossos têm-se fundido ou reunido intimamente,

de modo que entre ellas estabelece-se perfeita continuidade como si fosse uma peça inteiriça; as cartilagens desapparecem, e a capsula synovial fica reduzida exteriormente a tecido tenso e retractil sem caracter algum primitivo. O tecido osseo respectivo póde tornar-se compacto nos pontos em que a pressão é mais pronunciada, esponjoso em outros pontos. Algumas vezes a immobilidade absoluta depende de pontes osseas que são lançadas de uma para outra superficie articular, ou de producções osseas que se fórmão ao redor da articulação e fazem desapparecer as cavidades e depressões ou sulcos onde devião normalmente penetrar as elevações ou apophyses de algumas extremidades articulares. E' assim que a cavidade olecraneana ou coronoide do humero póde desapparecer, e no primeiro caso dar-se a ankylose caracterisada pela impossibilidade do movimento de extensão do braço, e no segundo manifestar-se a mesma enfermidade com perda absoluta do movimento de flexão. Em tódas estas condições as cartilagens articulares e a synovial persistem com os seus caracteres normaes, a menos que a immobilidade prolongue-se por muito tempo. A ankylose aqui é consequencia da affecção chamada por Adams, de Dublim, arthrite rheumatica chronica, por Garrod arthrite rheumatoide, e que entretanto é mais conhecida debaixo do nome de arthrite deformante, pelo que não se tornará muito difficil o diagnostico da causa da ankylose.

Ora, no doente em questão não havia irregularidade de volume na articulação affectada de ankylose, e pois não se tratava de ankylose completa por pontes de tecido osseo lançadas de uma para outra extremidade articular; e muito menos havia fusão entre as superficies articulares, pois que ainda alli existião alguns movimentos, comquanto estes fossem em gráo mui pouco pronunciado. Além disto, como muito bem tem mostrado a observação, a ankylose ossea ou por fusão dos extremos articulares é comparativamente muitissimo rara, e bem poucos cirurgiões talvez a tenhão visto, salvo nos casos de ankylose

chamada physiologica, porque se fórma com o progresso da idade.

Mas não é destas de que aqui trato, e sim daquellas que são accidentaes e manifestão-se em articulações moveis ou diarthrodiaes.

Mas, si não restava duvida de que estava debaixo da observação um caso de ankylose imcompleta ou imperfeita, haverá sempre em casos semelhantes necessidade de não tomar os movimentos parciaes de outras articulações pelos da articulação affectada de anhylose, e confundir assim a ankylose completa com uma ankylose incompleta. Deste modo em uma ankylose completa coxo-femoral ou do joelho, e ainda da espadua ou cotovello, si o cirurgião não tiver o cuidado no primeiro caso de fixar a bacia, no segundo a côxa, no terceiro o homoplata e no quarto o braço, póde na occasião do exame perceber movimentos e referil-os á articulação lesada, quando pelo contrario elles se manifestão na articulação do segmento superior do membro. Basta porém chamar para isto a vossa attenção, para que eviteis qualquer engano dessa ordem.

Em todo o caso, estabelecido o diagnostico de uma ankylose incompleta ou imperfeita, será conveniente ao menos, como base de indicacões therapeuticas e de prognostico, conhecer bem as condições em que se acha a articulação lesada, ou as causas sob cuja influencia se conserva a immobilidade articular. Em muitas circumstancias a ankylose ou é determinada pela retracção e adherencias dos tecidos peri-articulares, dependentes da inflammação quer suppurativa ou não, alli desenvolvida, ou é produzida por união parcial estabelecida em virtude de um processo inflammatorio entre as pregas da capsula ou da membrana synovial, ou pela formação de tecido conjunctivo e fibroso, que prende uma á outra a superficie da serosa articular ou dos extremos osseos da articulação.

A ankylose dependente da retracção e adherencias dos tecidos peri-articulares é excessivamente commum, e em geral a

articulação não se apresenta com deformações nem alterada em sua organisação; mas ella póde adquirir posição viciosa segundo o ponto em que se tiver manifestado a lesão com mais intensidade, ou forem mais intimas e fortes as adherencias. Na segunda categoria de ankylose, a marcha da affecção de que ella fôra a terminação, indicará positivamente si existe adherencia entre alguma prega da synovial, ou si a união tem-se estabelecido entre as superficies osseas por intermedio de tecido fibroso ou conjunctivo.

A' vista dos factos referidos pelo doente de que me occupo neste momento, e dos phenomenos objectivos observados no joelho que era a séde da ankylose, parece-me que este estado se achava sob a dependencia da união e retracção dos tecidos peri ou extra-articulares, em virtude da inflammação traumatica e suppurativa que alli se desenvolvêra. E' provavel tambem que a violencia da causa repercutisse sobre a synovial, e que esta membrana, já por isto já pela posição viciosa do membro, já finalmente pelo repouso em que o joelho havia permanecido, tivesse perdido as suas qualidades em alguns pontos e adquirido talvez algumas adherencias; todavia estas, se existião, não podião ser extensas nem bastante intimas para se oppôrem ao meio de que lancei mão.

Estabelecido pois o diagnostico da affecção e das condições em que as partes se achavão, só restava saber a que therapeutica ou meios de tratamento se deveria recorrer para combatêl-a, se não em si mesma, ao menos em relação á posição viciosa em que o membro se achava. De certo a ankylose não é affecção que comprometta a vida dos doentes, mas quando ella se manifesta no joelho e no cotovello, e é no primeiro caso acompanhada de flexão da perna sobre a côxa e no segundo de extensão do braço, constitue uma enfermidade nimiamente penosa e incommoda, de que os doentes desejão ver-se desembaraçados, e para a qual os antigos cirurgiões não receiavão algumas vezes aconselhar a amputação. Hoje é raro mesmo entre nós cahirem debaixo da

observação casos dessa ordem ou de ankylose com posição viciosa, pois que os cirurgiões têm sempre o cuidado de dar a mais conveniente direcção aos membros em que se estabelecem affecções susceptiveis de terminarem por esse estado. E' ainda de nosso dever não deixar em muitos casos que a ankylose se estabeleça, salvo si esta fôr a melhor terminação da affecção desenvolvida na articulação, o que depende da sagacidade e dos cuidados que o cirurgião deve ter. Entretanto muito estigmatisado deve ser o medico que em uma fractura perto da articulação condemne a parte a tal repouso que esta venha a ankylosar-se; e não tenha o cuidado, depois de passados os phenomenos da arthrite aguda e das inflammações peri-articulares, de procurar por meio de movimentos brandos e temporarios, e de algumas fomentações emollientes e calmantes, impedir o desenvolvimento da ankylose. Lembrai-vos em todo o caso que foi á falta desses cuidados que o doente aqui recolhido deve a sua ankylose.

Observado porém um caso desta ordem, tres são os methodos de tratamento a que se póde recorrer. O primeiro consiste na extensão mecanica ou graduada por meio de apparelhos especiaes; o segundo na extensão rapida ou forçada; o terceiro emfim tem por objecto a secção simples, a infracção ou a resecção de uma porção dos extremos articulares.

Ainda que o cirurgião deva em grande numero de casos preferir os processos brandos e suaves aos que determinão grandes traumatismos e podem ser causa de accidentes graves, todavia a extensão graduada por meio de apparelhos especiaes exige tanto tempo e é tão incerta em seus resultados que os doentes ficão logo desacoroçoados, e geralmente a abandonão já por esse motivo, já porque os apparelhos causão-lhes dôres e embaraços e se desarranjam com extrema facilidade. Em alguns paizes da Europa, sobretudo na Inglaterra, onde encontrão-se artistas habeis, seria possivel obter algum apparelho que pelo menos não se tornasse incommodo ao doente, mas ainda assim o resultado é lento e

duvidoso, e não se póde préviamente contar que o apparelho reúna as condições necessarias para vencer a resistencia muscular e dos tecidos fibrosos e accidentaes que a affecção, origem da ankylose, tem formado ao redor e no interior da articulação.

Não será entretanto máo que, antes de lançar mão de outros meios mais graves, procureis construir um apparelho que pelo seu mecanismo possa gradualmente estender o membro, sobretudo si tendes em vista destruir a má direcção que este adquirira, e restituir além disto os movimentos articulares. Si o apparelho prometter-vos algum resultado, e o obstaculo para a extensão fôr em grande parte devido á retracção muscular, podereis praticar a tenotomia dos musculos que vão ter, quer ao peroneo quer ao condylo interno do tibia, com o cuidado necessario para não serem offendidos os vasos e nervos da região poplitéa.

A deficiencia dos apparelhos e da tenotomia como preliminar da extensão graduada fez com que Louvrier, Dieffembach e outros procurassem destruir pela extensão forçada, exercida pelo proprio cirurgião e alguns ajudantes ou por meio de apparelhos, a má direcção que o membro havia adquirido. Em alguns casos em que esse methodo fôra então empregado, o resultado havia sido ora favoravel, ora seguido de accidentes gravissimos e de morte dos doentes. Algumas vezes os esforços do cirurgião e dos ajudantes não erão sufficientes para vencerem a resistencia offerecida pelos musculos e pelos tecidos, que tinhão determinado e sustentavão a má direcção da articulação; e si havia, como comprehendeis, ankylose por fusão, ou si os tecidos fibrosos circumvizinhos tinhão determinado a adherencia dos vasos principaes da região, as desordens produzidas erão consideraveis, e o menor accidente que poderia dar-se seria a infracção ou a fractura dos ossos perto da articulação.

Entretanto, meus senhores, ainda um progresso immenso realizou-se aqui com o emprego dos anesthesicos nas operações cirurgicas.

Esse mesmo methodo que tinha absolutamente cahido em desuso, e parecia estar condemnado a completo esquecimento, foi de novo resuscitado e applicado com nimio proveito por Langenbeck na Allemanha, e o resultado que acabo de alcançar com elle é digno de reflexão.

Já vos fiz ver que são raras as ankyloses por fusão; mas era difficil, antes da introducção na pratica cirurgica da anesthesia, diagnosticar com precisão o estado das partes; a resistencia é sempre em taes casos tão consideravel que se suppõe algumas vezes invencivel a mobilidade da articulação, quando em parte aquella não depende senão da retracção muscular. Sob a influencia do chloroformio administrado até ao periodo, chamado por Chassaignac de collapso, aniquila-se a força muscular do doente e com esta a sensibilidade animal; e si pois ficar reconhecido que a má direcção do membro ankylosado depende da retracção dos musculos e dos tecidos fibrosos peri-articulares, ou ainda intra-articulares, deveis conceber a esperança de alcançar bom resultado com a extensão forçada ou com a flexão, segundo tenhais de tratar da ankylose do joelho ou do cotovello.

Não vos acalenteis com a idéa de restituir os movimentos naturaes da articulação, a menos que se trate de ankylose recente e sem formação de tecido fibroso intra-articular. O essencial no meu entender é dar ao membro direcção conveniente afim de que o doente delle possa utilisar-se para ganhar os meios de vida, e não fique inutilisado.

Seja como fôr, eis-aqui como pratiquei o methodo da extensão forçada ou rapida, segundo as indicações de Langenbeck: collocado o doente em cima da mesa das operações, fiz com que o chloroformio lhe fosse administrado até ao periodo de profunda anesthesia. Logo que chegou-se a este periodo, voltei o doente com o ventre sobre a mesa, tendo um ajudante sido encarregado de sustentar um pouco o thorax e a cabeça, e um outro de observar o pulso, mudar a posição e retirar o chloroformio logo que houvesse

indicio de qualquer accidente, trouxe então o joelho doente com a rotula de encontro a uma almofada resistente que cobria a borda da mesa, e alli, emquanto sustentava a face posterior da côxa logo acima do espaço poplitêo com a mão esquerda, com a direita fixando a perna acima do maleolos, procurei em um primeiro movimento todo graduado exagerar ainda mais a flexão, e logo em seguida fui gradualmente praticando a extensão até pôr a perna na mesma direcção do eixo da côxa. Durante essas manobras, com as quaes não gastei mais de cinco minutos, percebi uma serie de pequenos ruidos semelhantes ao que dá o sal commum lançado sobre brasas ou aos que se obtem quando esmagão-se entre os dedos cascas de ovos, cousa que se tornou bem evidente para que fosse apreciada por muitos dentre vós que se achavão ao pé de mim e do doente. Este, apezar de se achar profundamente chloroformisado, não deixou, por alguns movimentos e por maior turgencia da face, de indicar que experimentava alguma dôr na occasião em que sobre tudo desenvolvi maior esforço para completar a extensão. Nenhum accidente entretanto se manifestou durante a operação: o doente foi immediatamente depois desta collocado em decubito dorsal, e em volta do membro operado tratei de passar espessas camadas de algodão cardado desde o pé até perto da virilha, sustentadas por ataduras circulares convenientemente amidoadas para que o apparelho depois de solidificado impedisse a retracção muscular, e a reproducção da má direcção do membro. Poderia em lugar do amido cozido ter lançado mão do gesso preferido por Langenbeck, Billroth e outros cirurgiões allemães para a confecção desses apparelhos; mas aqui no hospital não ha os materiaes necessarios para um bom apparelho dessa ordem, e me servi em sua falta do que é usualmente empregado pelos cirurgiões brazileiros. Em todo o caso, como a gomma cozida ou o gesso não solidificão-se instantaneamente, será conveniente, como me vistes fazer, que procureis sustentar nesses casos o membro por meio de um apparelho contentivo ordinario, afim de que aquelle se torne immovel, e não se

manifeste alguma retracção muscular que diminúa os effeitos da extensão. Logo que o apparelho tenha-se tornado bem solido, devereis retirar o que houverdes applicado provisoriamente, o que poderá ser feito no fim de 12 a 24 horas.

A chloroformisação nesse doente só foi retirada depois de concluida a applicação do apparelho, pois que tendo voltado a si revelou tanta sensibilidade no membro, e executou taes movimentos, que não foi possivel contêl-o senão administrando-lhe de novo o chloroformio. E' conveniente que em qualquer outro caso continueis a ter o doente anesthesiado até que tenhais concluido a applicação do apparelho contentivo amidonado, pois que a dôr que elle póde experimentar depois da operação, leva-o a pôr o membro em flexão ou na posição em que se achava, e tereis difficuldades enormes em fazer a applicação de um bom apparelho.

Alguns operados não sentirãõ consecutivamente dôr alguma, porém outros poderãõ experimental-a em grão elevado. E' de regra pois, logo que o doente voltar a si da chloroformisação, administrar-lhe uma bebida antispasmodica e opiada.

Ao doente aqui operado foi prescripta a seguinte poção para lhe ser dada de hora em hora uma colher:

Agua de tilia e melissa 240 gram.; acetato de ammonea 12 gram.; agua de louro-cerejo 8 gram.; laudano de Sydenham 12 gottas; xarope de flôr de larangeira 32 gram.

Apezar disso o doente continuou a sentir no membro dôres de mais a mais intoleraveis, de modo que só com muita difficuldade pôde ser conservado na posição em que se achava. Felizmente por volta das 8 horas da noite as dôres forão pouco a pouco diminuindo de intensidade, de modo que pela visita da manhã seguinte ao dia da operação o doente estava satisfeito do seu estado e contente por vêr que devia ficar com o membro em boa posição, pouco se importando que ficassem restituidos os movimentos. Com o apparelho ficou elle por espaço de 24 dias, no fim dos quaes o abri para

apreciar o estado das partes: a extensão era perfeita, mas, como vistes, o membro ou a articulação do joelho não gozava de mobilidade alguma. A atrophia que já se notára antes da operação persistia no mesmo grão ou se tinha tornado mais pronunciada em consequencia da immobilidade e da compressão a que o membro estivera sujeito; mas espero que com o exercicio esse estado desappareça. O apparelho fôra reapplicado afim de que a subtracção instantanea da compressão não determinasse a congestão venosa do membro e a inflammação com todas as suas consequencias. Só no fim de mais oito dias foi que o retirei definitivamente para dar alta ao doente, que já nesse tempo podia servir-se do membro e andar livremente pela enfermaria, sem sentir a menor dôr na respectiva articulação e sem ter necessidade de apoiar-se em mulêtas como a principio fôra necessario.

Eis-ahi, meus senhores, um resultado que não tem nada de desanimador e que pelo contrario deverá dar ao cirurgião certa confiança para não cruzar os braços perante os casos de ankylose em que houver má direcção na attitude do membro; e por minha parte julgo que o methodo preconisado por Langenbeck será chamado a representar um papel importante nos casos dessa ordem.

Os accidentes que tanto se receiavão quando se lançava mão do meio aconselhado por Louvrier, não terão geralmente de manifestar-se em consequencia dos embaraços oppostos á inflammação com a pressão uniforme e repouso a que depois da operação sujeita-se o membro affectado de ankylose; e por meio da chloroformisação aniquilão-se a dôr e a retracção muscular, que tanta resistencia offerece ás manobras da extensão forçada.

Não supponhais que em todos os casos as cousas se apresentem com a simplicidade observada nesse doente: é possivel que, apezar do apparelho e da mais uniforme compressão, declare-se a inflammação e as dôres se tornem exageradas. Deveis em taes casos exercer grande vigilancia, e si esses accidentes estiverem

imminentes deveis abrir o apparelho e submetter o membro á irrigação continua, ou então applicar ao redor delle bexigas de gelo, si tiverdes lançado mão do gesso para sua confecção. O vosso procedimento será todo circumscripto á natureza dos accidentes que se revelarem, pelo que não é possivel a esse respeito traçar regras invariaveis. Em algumas circumstancias a resistencia offerecida pela articulação poderá ser tão consideravel em consequencia de adherencias e cicatrizes alli existentes que sem risco de desordens extensas e graves não se tornará possivel desde logo endireitar o membro. Devereis então renovar as sessões operatorias de quinze em quinze dias ou no fim de maior tempo, segundo o estado de sensibilidade das partes, tendo o cuidado de applicar, depois de cada manobra, o apparelho compressivo amidonado ou de gesso, esperando assim que a resistencia das cicatrizes e dos tecidos fibrosos desenvolvidos accidentalmente ou por causa da má posição do membro possa ser gradualmente vencida.

Si pelo contrario, a ankylose não fôr antiga e ceder com extrema facilidade ás primeiras manobras, não só podereis destruir a má posição do membro como restituir os movimentos á articulação: para isto devereis retirar o apparelho de quatro em quatro dias e depois diariamente, para pôr em jogo a articulação por meio de movimentos de flexão e extensão. Si essas manobras provocarem dôres, não deveis executal-as sem que o doente tenha sido submettido á influencia anesthesica do chloroformio, e, si ellas tornarem-se antes offensivas do que beneficas ao doente, podereis abandonal-as e limitar-vos apenas a alcançar a extensão ou a melhor posição do membro, com conservação da ankylose.

Este resultado será sempre mais apreciado ou mais util ao doente do que a persistencia da má direcção do membro, pelo embaraço que este encontra no exercicio de suas funcções. E' possivel entretanto acontecer que o emprego da extensão rapida ou forçada não possa vencer a resistencia offerecida pela ankylose

e dar ao membro a conveniente direcção. Foi para os casos desta ordem que Rhea Barton, cirurgião norte-americano, propoz a resecção cuneiforme do femur acima da articulação.

A operação consiste em dividir anteriormente as partes molles até ao femur e rescizar uma porção de osso em fórma de triangulo com a base para diante e o apice para traz, de modo que, postos em contacto os dous extremos rescizados do femur, formem posteriormente um angulo que destrúa a má direcção da articulação. Quando tratava-se de ankylose coxo-femural, esse cirurgião ou fazia a resecção, como acabamos de dizer, ou então praticava simplesmente a secção do femur abaixo do trochanter, e procurava por alguns movimentos impressos á parte dividida estabelecer alli uma falsa articulação ou pseudarthrose. Com o mesmo fim ou para alcançar a extensão do membro, Billroth julgava que sem inconveniente podia-se por meio do processo de Langenbeck produzir a infracção ou fractura do femur, e por seu lado Langenbeck preconisa a osteotomia subcutanea da articulação.

Ainda não tive occasião de apreciar praticamente o resultado de qualquer destas operações, mas, a julgar pela observação de cirurgiões estrangeiros ou dos paizes em que esses processos têm sido empregados, e pelo que conhece-se relativamente ás resecções, parece-me que não deveis em affecção como a ankylose, que só é incommoda e desagradavel ao individuo, lançar mão de uma operação que lhe poderá ser fatal ou pôr-lhe a vida em perigo.

Não formeis entretanto *a priori* nenhum juizo sobre essa questão, e esperai que novos factos vos esclareção a este respeito. Limitai-vos por ora nos casos de ankylose com má direcção da articulação ao emprego de bons apparelhos orthopedicos e á extensão rapida, segundo o methodo de Langenbeck, e, sem deixar no esquecimento operações que podem ser aperfeiçoadas e indicadas, procurai colher os factos que a tal respeito vos esclareção e vos guiem com coragem na pratica da cirurgia.

CAPITULO IX

DE ALGUMAS AFFECÇÕES DO APPARELHO VASCULAR SANGUINEO.

QUADRAGESIMA NONA LIÇÃO

DOS ANEURISMAS

Summario:— Ligadura da sub-clavia reclamada por um aneurisma da axil ar.— Historia do doente.—Symptomas que caracterisavão a natureza de sua affecção.—Facilidade de diagnostico neste caso.— Falta dos phenomenos caracteristicos em outro caso de aneurisma da axillar observado na clinica.— E' com os abcessos que mais se confundem os aneurismas da axillar.— Meios de evitar os erros de diagnostico não sómente entre os abcessos e os aneurismas como entre estes e os tumores hematicos e os tumores vasculares sanguineos dos ossos, o fungus hematoide ou o encephaloide da região axillar.—Exemplo de um tumor hematico da região poplitéa em que se apresentavão muitos dos caracteres dos aneurismas.—Difinição de aneurisma.—Divisão dos aneurismas em espontaneos e traumaticos, e de cada um destes em arterial e arterio-venoso.—Divisão dos aneurismas arteriaes espontaneos em verdadeiros e falsos.—O que constitue o aneurisma arterial espontaneo verdadeiro, e o espontaneo falso.— A primeira variedade é negada por muitos cirurgiões.—Divisão dos aneurismas arteriaes espontaneos falsos em mixtes externos e internos.— Os mixtes internos negados com razão por numerosos cirurgiões.— Divisão dos aneurismas arteriaes traumaticos em falsos primitivos e falsos consecutivos.— Em que consiste estas duas variedades.— Os aneurismas traumaticos falsos primitivos não são mais do que extravasatos sanguineos devidos á ruptura arterial.— Não podem ser admittidos na classe desta affecção. — Divisão do aneurisma arterio-venoso em varice aneurismal e aneurisma varicoso.— Variedades observadas.— Em que classe devia ser incluido o aneurisma que tinha o doente na região axi lar.— Motivos que o fizerão incluir na classe dos aneurismas arteriaes espontaneos mixtos externos.— Mecanismo de sua formação.— Alterações que se manifestão nos tecidos em cujo centro se formão os aneurismas.— Modificações que se passão no interior do tumor.— Forma do sacco.—Aneurismas sacciformes e fusiformes.— Influencia dessas duas formas sobre a constituição do conteudo do sacco.— Coalhos activos e passivos.— Mecanismo da formação dessas duas especies de coalhos. — Differença de resultados quando ha coalhos activos e quando não os ha.— Vantagens dos coalhos activos para a cura espontanea dos aneurimas.— Razões que me fizerão intervir no caso do doente de aneurisma da axillar.

Meus Senhores,

Pratiquei no dia 22 do mez de Junho proximo findo a ligadura da arteria sub-clavia esquerda, para fóra dos escalenos, reclamada por um aneurisma axillar do mesmo lado. O doente que

apresentava essa affecção era um individuo de côr parda, solteiro, de 48 annos de idade, de constituição fraca e de temperamento sanguineo. Residindo em Nictheroy, occupava-se em trabalhos agricolas, circumstancia esta que atê certo ponto não deixaria talvez de ter influencia, como vos direi depois, sobre a manifestação de sua affecção.

Alguns dias antes da operação, quando aqui apresentou-se, referio-me que havia seis mezes a esta parte que começára a sentir na região correspondente á axilla um tumor que foi pouco a pouco desenvolvendo-se atê attingir o volume de uma laranja selecta, accrescentando que sentia ou experimentava dores mais ou menos fortes naquella região, as quaes erão algumas vezes semelhantes a uma especie de formigamento, e mui commummente se traduzião ou se revelavão por nevralgias que partião da raiz do membro thoracico e terminavão nos dedos da mão correspondente. Essas dores não se apresentavão com o mesmo gráo de intensidade: erão algumas vezes agudas, outras menos intensas.

O doente não accusou antecedente algum que podesse ter influencia directa sobre a manifestação do tumor que apresentava na axilla. Examinando-se essa região, encontrava-se alli uma saliencia que se estendia, como tivestes occasião de observar, (fig. 21) desde o ponto correspondente ao terço externo da região peitoral, logo abaixo da clavicula, até á parte mais profunda do concavo axillar, e que occupando propriamente o espaço em que se acha o musculo pequeno-peitoral, constituia um tumor bastante volumoso, de limites bem precisos, de fórma espherica, ligeiramente reductivel á pressão, molle, sensivel, elastico, pulsatil e dotado de movimentos de expansão e retracção perfeitamente isochronos ao pulso. A pelle correspondente não apresentava mudança alguma na côr, nem augmento apreciavel de temperatura. O ouvido, quer só, quer armado do *stetoscopio*, e applicado a qualquer ponto do tumor fazia perceber um ruido de sopro mais ou

menos rude e intenso correspondente ao movimento de expanção e ao movimento diastolico da radical do mesmo lado, e por meio da pressão exercida sobre a arteria sub-clavia para fóra dos escalenos, fazião-se cessar as pulsações de que o tumor era agitado,

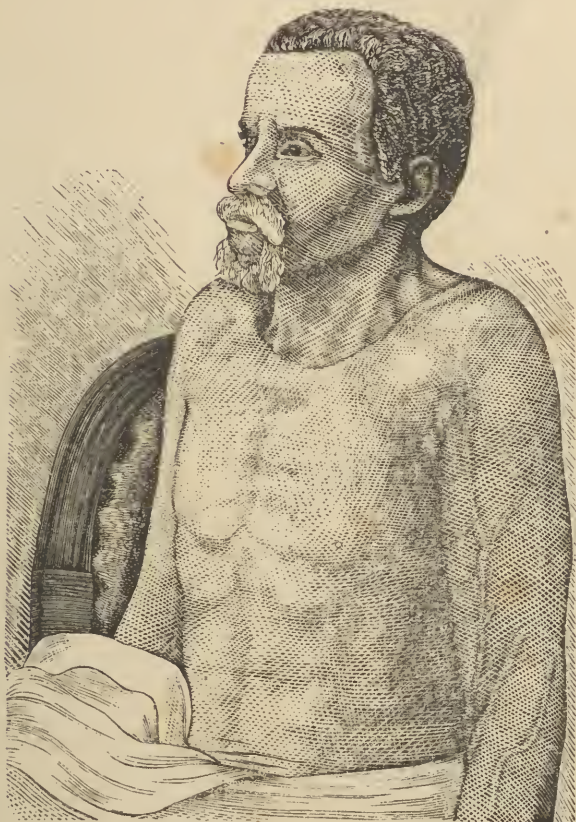



Fig. 21. — Doente de aneurisma da arteria axillar. O tumor era mais volumoso e se estendia mais para a axilla do que representa a figura.

e diminuir um pouco o seu volume, tornando-o menos proeminente e mais flacido. A compressão exercida para baixo do tumor ou directamente sobre a arteria brachial provocava alli pulsações mais fortes e mais perceptiveis. O pulso do lado esquerdo, onde o

tumor tinha sua séde, era, como vos fiz notar, igual no numero das pulsações ao do lado opposto, mas era ao mesmo tempo menos volumoso e menos cheio do que neste lado.

O doente não podia aproximar o braço de encontro ás paredes lateraes do thorax sem experimentar alguma dor, e quando se applicava o ouvido usando do *stetoscopio* sobre a fossa supra clavicular se percebia um ruido vibratorio que partindo do tumor se prolongava na direcção da arteria sub-clavia. Esse ruido podia mesmo ser apreciado por meio dos dedos applicados á região supra clavicular. As veias do braço se apresentavão varicosas.

As dores consideraveis que o doente experimentava era o que mais o incommodava, e tão agudas e intensas se tornavão que elle não podia conciliar o somno durante os poucos dias que esteve no hospital antes de soffrer a operação da ligadura da sub-clavia.

Não tive, á vista dos caracteres positivos do tumor, a menor duvida relativamente á natureza da affecção que se offerecia á observação, e assim, como vos disse, tratava-se alli de um aneurisma da arteria axillar; mas se neste caso o diagonostico não offerecia a menor difficuldade, não se segue que possaes encontrar exemplos de aneurisma da axillar em que sempre se achem reunidos todos os caracteres que lhe são peculiares. Em verdade ora podereis observar verdadeiros tumores aneurismaticos em que notareis a falta de muitos de seus caracteres, ou estes são tão difficientes que a duvida torna-se possivel, e o diagnostico difficil; ora encontrareis outras affecções que manifestão algumas das particularidades que são proprias dos aneurismas.

Em 25 de Maio de 1876 entrou para este serviço e foi occupar o leito n. 34 um individuo chamado Manoel José Monteiro, branco, solteiro, de 66 annos de idade e que exercia a profissão de falquejador. Referio-me que havia dous annos recebera uma pancada na região thoracica perto da axilla esquerda, d'onde lhe resultára o apparecimento de um pequeno tumor que nos ultimos sete mezes começára a desenvolver-se e a encommodal-o por tal forma que fo·

obrigado a vir procurar no hospital algum allivio aos seus soffrimentos. Examinado esse doente, encontrava-se na parte correspondente á parede anterior da região axillar esquerda um tumor oblongo, com o volume da cabeça de um féto a termo, molle, elastico, ligeiramente reductivel á pressão, muito sensivel, e dotado de um movimento de expansão apenas perceptivel, durante o qual o ouvido applicado á superficie do tumor percebia um ruido de sopro mui brando. Não se encontrava a mais leve pulsação nem na brachial nem na radial do mesmo lado, e a compressão da subclavia fazia cessar o movimento de expansão e o ruido de sopro no tumor sem que este entretanto se abatesse ou diminuisse de volume. As pulsações do tumor erão perfeitamente isochronas ás pulsações da radial do lado direito, em que o rythmo era normal.

O doente foi posto de observação, e prescrevendo-lhe o repouso e uma alimentação regular notei no fim do terceiro dia que os movimentos de expansão do tumor e o ruido de sopro tendião a diminuir, e com effeito no dia 11 de Junho cessárão completamente. No dia 26 do mesmo mez o doente começou a sentir dores atrozes, de forma nevralgica, de modo que não o deixárão em repouso um só instante, e impedião que elle executasse qualquer movimento com o braço esquerdo. No dia 7 de Julho reapparecerão as pulsações no tumor, e então, trazido o doente para o amphytheatro, resolvi empregar a electro-punctura, servindo-me para isto de 4 agulhas de ouro que deixei no interior do sacco aneurismatico por espaço de 10 minutos, sob a influencia das correntes electricas, segundo as regras que depois vos indicarei. O doente começou a passar bem, e tres dias depois da electro-punctura cessárão de novo as pulsações no tumor; mas em seguida as dores reapparecerão com grande intensidade, o braço todo apresentou-se edemaciado, e o tumor, em logar de tornar-se mais duro, pelo contrario, conservou-se com o mesmo volume, e pela percussão dava um som claro e manifestamente tympanico, como se estivesse debaixo dos meos dedos uma bexiga cheia de gazes.

Continuando o doente a passar mal, e nenhuma modificação apresentando nas condições do tumor, rosolvi praticar neste uma puncção com o apparelho aspirador de Dieulafoy, por meio do qual fiz a extracção de 120 grammas de um liquido escuro sanguinolento vindo de mistura grande quantidade de gazes fetidos, e de cheiro semelhante ao do acido sulphydrico. O tumor ficou nimiamente abatido, mas as condições geraes do doente se aggravárão de mais a mais, e neste mesmo dia por volta das 11 horas da noite tive de lamentar a sua morte.

A autopsia praticada demonstrava que se tratava de um aneurisma da arteria axillar.

Eis, pois, um caso de aneurisma verificado por um modo que não deixava duvida e no qual os symptomas objectivos erão caracterisados por um tumor, agitado apenas por leves pulsações e dotado de um brando ruido de sopro, phenomenos estes que cessárão de todo no fim do terceiro dia em que o doente entrou para o hospital, e que poderião deixar muitas duvidas em relação ao diagnostico se não prestasseis attenção á marcha que a affecção tinha apresentado e se não tivesseis em lembrança os phenomenos que se observão por occasião de um aneurisma em que a cura espontanea tende a realisar-se.

Como este tereis occasião de observar outros casos em que com mais evidencia se nota auzencia completa dos phenomenos que caracterisão um aneurisma axillar: todos os livros de cirurgia referem que Ferrand, cirurgião do Hotel-Dieu de Paris, dilatára um aneurisma da arteria axillar na supposição de que tratava um abscesso desenvolvido nessa região, e os erros desta ordem são tão frequentes entre nós, que não deixarei de chamar com a maior insistencia a vossa attenção para o diagnostico differencial, completando por este modo a segunda ordem de factos em que, como vos disse, um tumor axillar póde apresentar certos phenomenos que se observão nos aneurismas, os quaes pertencem entretanto á uma affecção inteiramente diversa.

Em verdade, meos senhores, é com os abscessos que se confundem mais vezes os aneurismas. Mais de um caso de tumor da região axillar tenho observado, em que a producção morbida é pulsatil, ou dotada de movimentos mui semelhantes aos dos aneurismas, e entrétanto ella é constituida por um abscesso profundo d'essa região. Não me referirei, meus senhores, aos casos em que o processo inflammatorio tem apresentado uma forma aguda, e pode constituir um elemento importante para o diagnostico differencial, pois que o erro seria o resultado da mais censuravel irreflexão, ou de uma profunda ignorancia.

As minhas considerações se dirigem principalmente para os factos em que se descobre um tumor axillar molle, pulsatil, sensivel á pressão, em que os phenomenos não são muito evidentes nem o doente fornece dados pelos quaes se possa desde logo entrar no caminho do diagnostico. Pode ainda acontecer que occorra a idéa de que está debaixo da observação um caso de aneurisma em que o tumor foi invadido por um trabalho inflammatorio. O que fazer para estabelecer o diagnostico? Em primeiro logar deveis attender muito particularmente para o tempo de que data a affecção. Assim, si for um abscesso, o doente vos ha de referir que a affecção tem começado ha poucos dias, e ella remontará pelo contrario a tempo mais ou menos longo, se for constituida por um aneurisma. O conhecimento da data da affecção é pois um elemento muito importante para o diagnostico differencial entre o aneurisma e o abscesso profundo da região axillar quando o tumor seja dotado ou acompanhado de pulsações. Mas nem sempre os doentes nos fornecem dados positivos relativamente á epocha exacta do apparecimento da affecção, e nestas condições, sem deixar de tomar em consideração esse elemento para o diagnostico, procurareis nos caracteres do tumor os meios que vos possão levar ao conhccimento exacto de sua natureza.

Não vos esqueçais, com effeito, de que si for um abscesso que tiverdes debaixo de vossas vistas, não conseguireis obter pela

compressão manual a menor reductibilidade no volume do tumor, ao passo que em um aneurisma só por uma circumstancia fortuita, como no caso que ha pouco vos referi, deixareis de alcançar pela compressão a diminuição no volume do tumor. Além d'isto se comprimirdes convenientemente e por um modo efficaz a arteria em cujo trajecto se acha o tumor, entre este e o coração, notareis, si for um abscesso, que nenhuma modificação se dará no seo tamanho, e si for pelo contrario um aneurisma haverá diminuição sensivel em seo volume, accrescendo que o tumor se tornará ao mesmo tempo mais flacido e mais molle.

Prestando toda a attenção aos caracteres de que acabei de vos fallar, não deixareis de recordar-vos, meus senhores, de que em um abscesso não se nota o movimento de expansão uniforme que é caracteristico do aneurisma, e nem esse ruido de sopro ou de corropio que se prolonga pela arteria tanto abaixo como acima do tumor.

Se apezar, meus senhores, de todo o cuidado e attenção não vos for possivel estabelecer desde logo o diagnostico por não serem bem evidentes os caracteres da affecção, tratae de observar a marcha que esta segue e a tendencia que apresenta, por quanto não levareis muitos dias em notar, si for um abscesso, que o tumor se tornará mais superficial, e que a pelle começará a adelgaçar-se ou apresentar-se menos espessa, ao passo que no aneurisma ésta tendencia só se manifestará por excepção e no fim de um tempo excessivamente longo.

Além dos abscessos, podem-se encontrar na região axillar tumores hematicos que offerecem muitos dos caracteres que são proprios dos aneurismas, e que deixão duvidas no espirito relativamente ao diagnostico differencial. Em alguns casos, como é possivel com os abscessos, podem-se affastar esses tumores da arteria e assim reconhecer que elles são independentes d'ella, mas em outras circumstancias, o volume excessivo do hematoma não permitte que essa particularidade seja apreciada, e temos

então um tumor molle, elastico e dotado de pulsações como os aneurismas, e o que é ainda mais notavel é que, dilatado ou puncionado um tumor hematico, o sangue é expellido em parabola e com uma cor rubra como se proviesse de uma arteria. Tive occasião de observar ultimamente um tumor hematico, não da região axillar mas sim da região poplitéa em que, como sabeis, não são muitos raros os aneurismas, e o facto é tão curioso e interessante sob o ponto de vista da questão que acabei de agitar que não posso furtar-me ao desejo de dar-vos a este respeito uma noticia com todas as particularidades, afim de que possais guardal-o em lembrança como especimen de embaraço de diagnostico e de difficuldade pratica.

Tratava-se de um individuo, solteiro, portuguez, de 40 annos de idade e remador de profissão. Não podia precisar a data em que começou a apparecer o tumor.

Seja como fôr, recolhido a uma enfermaria de medicina, soffrera uma punção que fôra em seguida alargada pelo bisturi, e como o tumor não tivesse fornecido senão sangue, o doente foi remettido para a 10.ª enfermaria, aos cuidados do distincto cirurgião o Sr. Dr. Bustamante Sá.

Examinado alli no dia 13 de Maio de 1876, notava-se no concavo poplitêo do lado direito um tumor de forma oval que se estendia para o terço inferior da côxa tendo pouco mais ou menos 15 centimetros de extensão sobre seis de largura.

A pelle correspondente se achava lisa e lusidia, e não apresentava augmento sensivel em sua temperatura.

Na parte media do tumor havia uma solução de continuidade de um e meio centimetro de extensão, d'onde se escapava um liquido sanguinolento que vinha banhar a perna, sem haver jacto ou intermittencia em seu corrimento.

Applicando-se a face palmar da mão sobre o tumor, não se percebia a menor pulsação ou qualquer indicio de fluctuação. O tumor era molle e elastico em toda a sua extensão. Por meio

da escuta não se ouvia nenhum ruido de sopro, e a compressão da parte abaixo do tumor não trazia augmento no volume que este apresentava.

Ouvidos alguns cirurgiões, houve divergencia no diagnostico, sendo o maior numero de opinião que se tratava de um *aneurisma falso consecutivo da arteria poplitéa direita.* Com esta opinião concordou o distincto collega a cujos cuidados se achava o doente, e então elle resolveu mandar fazer applicação de algumas tiras de sparadrap com o fim de formar uma especie de couraça que interceptasse a communicação da solução de continuidade feita pelo bisturi com o ar ambiante, reservando-se para proceder á ligadura da femoral logo que a solução de continuidade estivesse cicatrisada. Essa couraça foi applicada no dia 18 de Maio e substituida no dia 22 do mesmo mez por uma outra por se achar a primeira humedecida pelo sangue que minava da ferida. Logo no dia 28 o doente começou a sentir dores no tumor, e apresentou-se com a perna grandemente edemaciada.

No dia 29 o estado do doente era menos favoravel: a edemacia tinha-se estendido a toda a perna; a lingua se achava saburrosa e havia alguma febre. O Dr. Bustamante receitou a magnesia fluida de Murray com a belladona, e mandou applicar uma atadura circular de modo a exercer uma ligeira compressão desde o pé até á couraça que envolvia o tumor.

No dia 30 a edemacia tinha-se propagado á côxa; havia subdilirio, o pulso era fraco e frequente, a pelle quente, e a lingua secca.

Forão cortadas as tiras que envolvião o tumor por ser forte e desigual a constricção que ellas exercião, e mandou-se continuar com as cataplasmas.

No dia 2 de Junho teve logar pela abertura do tumor um grande escoamento de sangue, com o que as dores diminuirão de intensidade. O estado geral aggravou-se de mais a mais, e no mesmo dia por volta das 11 horas, o doente falleceu.

Eis o que foi descoberto em relação ao tumor: prolongada a incisão primitiva, encontrou-se uma immensa cavidade formada á custa de destruição da parte inferior dos musculos da face interna e posterior da côxa, sendo as paredes posterior e interna constituidas pela pelle e tecido cellular subcutaneo, a inferior pelos gemeos adelgaçados e a anterior pelo femur cujo periosteo tinha nessa zona desapparecido.

A cavidade, cujos diametros erão quasi iguaes aos da superficie ou volume do tumor, estava completamente cheia de coalhos sanguineos, e não tinha communicação com a arteria que se achava ao lado posterior das paredes do tumor.

Em resumo esse tumor, segundo demonstrou a autopsia, não era constituido por um aneurisma, e entretanto o era por sangue; e este quando era expellido pela abertura do tumor apresentava um movimento de ondulação como se fosse expellido de uma arteria cuja abertura estivesse obliterada por coalhos sanguineos.

Ainda mais do que os hematomas, os tumores vasculares sanguineos da cabeça do humero podem ser mais facilmente confundidos com os aneurismas da região axillar já por serem dotados de movimento de expansão, já por apresentarem um ruido de sopro e diminuição de volume pela compressão; mas para estabelecer o diagnostico differencial deveis lembrar-vos que o aneurisma da região axillar occupa geralmente a parte correspondente ao musculo pequeno-peitoral ou se acha nos limites de uma linha dirigida do terço externo da clavicula até á borda inferior do grande peitoral, ao passo que os tumores vasculares sanguineos da cabeça do humero occupão a região anterior ou externa da espadua; o tumor em logar de proeminar para a parte anterior, como succede no aneurisma, eleva-se igualmente para todos os lados e offerece uma fórma espherica; e além de tudo, meus senhores, notareis que o movimento de expansão não é igual em toda a superficie do tumor, ou é mais forte em uns do que em outros pontos, e pela compressão a diminuição do volume é

insignificante, percebendo-se um ruido especial dependente do esmagamento de particulas solidas constituidas pelas cellulas osseas, as quaes tem adquirido grande desenvolvimento e apresentão-se com as suas paredes muito delgadas e frageis. Dores mais ou menos agudas se manifestão na região, phenomenos estes que ao menos no principio não se observão nos casos de aneurisma; o doente não póde executar quasi que movimento algum com o membro affectado de tumor sanguineo ou vascular dos ossos, ao passo que no aneurisma o systema osseo se acha geralmente em perfeito estado, e si o tumor se desenvolve sobre uma superficie ossea elle comprime em proporção com o seu desenvolvimento, e a destróe sem que o osso tome parte em sua formação.

Ainda se póde, meus senhores, confundir o fungus hematoide ou o encephaloide da região axillar com os tumores aneurismaticos, mas, como nos tumores vasculares dos ossos, o individuo apresenta o *facies* das molestias cancerosas, e as dôres lancinantes, e, quando esses signaes não sejão manifestos, tereis ainda na ausencia do movimento de expansão e do ruido de sopro elementos muito importantes para distinguir esses tumores dos aneurismas.

Não havia pois duvida de que se tratava no individuo em questão de um aneurisma. O que é entretanto um aneurisma?

Dá-se esse nome, meus senhores, a um tumor sanguineo circumscripto ou limitado, que communica com o interior de uma arteria. Esse tumor ou se desenvolve espontaneamente ou se manifesta sob a influencia de um traumatismo; d'ahi a divisão dos aneurismas em espontaneos e traumaticos. Ora o tumor é constituido unicamente pela arteria; ora por esta e pela veia congenere. No primeiro caso o aneurisma é chamado arterial e no segundo arterio-venoso.

Os aneurimas arteriaes espontaneos são divididos em verdadeiros e falsos. Os primeiros resultão da dilatação simultanea de todas as tunicas arteriaes; os segundos procedem da dilatação de uma das tunicas externa ou interna.

A primeira variedade não só tem sido negada por grande numero de cirurgiões, como não deveria com fundamento merecer essa designação, por serem ainda duvidosos os poucos casos em que o tumor aneurismatico parece apresentar-se constituido pela ampliação simultanea das tres tunicas arteriaes. Só o aneurisma verdadeiro tem sido peremptoriamente demonstrado em certa or-

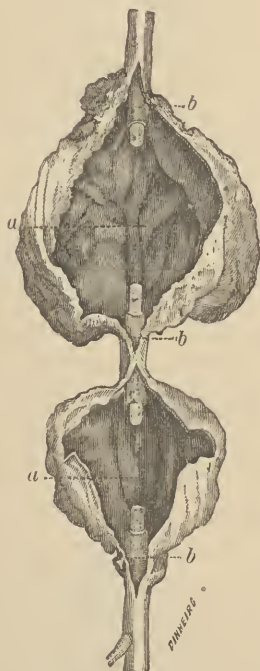



Fig. 22.—Aneurisma myxto ou falso externo. O sacco é formado á custa da tunica externa—a, a. A tunica media—b, b, foi consorvada.

dem de vasos como a aorta e o tronco brachio-cephalico; nas outras arterias não se tem dado nenhum caso bem evidente.

Os aneurismas falsos têm sido divididos em mixto externo e mixto interno. O aneurisma falso recebe o nome de *mixto externo* (fig. 22) quando tem havido a ruptura das tunicas media e interna, e o tumor é constituido á custa da *dilatação da tunica*

externa ou adventicia; o tumor recebe, porém, o nome de aneurisma *mixto interno*, quando a ruptura se dá na tunica externa, e o sacco é constituido pela dilatação das tunicas media e interna.

Esta ultima variedade ou aneurisma mixto interno é negada por Scarpa e por muitos outros cirurgiões, e difficilmente se comprehende que, sendo tão friaveis e *seccantes* as tunicas media e interna, resistão a uma vasta dilatação ou ampliação e ao choque da onda sanguinea. Com mais probabilidade essas menbranas em que se tem visto os caracteres das tunicas média e interna são constituidas por uma camada de tecido epithelial que se tem formado no interior do sacco, e que se une ao epithelio da tunica interna da arteria.

Os aneurismas arteriaes traumaticos tem sido divididos em falsos primitivos e falsos consecutivos. Os primeiros são resultantes de um derramamento de sangue em virtude de uma ruptura arterial, e os segundos resultão do enkystamento do sangue derramado ou extravasado em virtude da ruptura arterial.

Os aneurismas falsos primitivos não constituem mais do que extravasatos ou hemorrhagias arteriaes em que o sangue se diffunde no tecido conjunctivo; porem nos symptomas e marcha que apresenta a affecção não se encontrão os caracteres que são verdadeiramente peculiares aos aneurismas, por isso com muita razão diversos cirurgiões não admittem os aneurismas falsos primitivos, e pela definição que se dá ao aneurisma, a condição essencial é que o tumor seja circunscripto por um sacco que communique com a arteria respectiva.

Os aneurismas arterio-venosos são aquelles em que a affecção depende da communicação de uma arteria com uma veia (fig. 23); mas como esta communicação póde estabelecer-se directamente entre a arteria e a veia ou ter logar por intermedio de um tumor, tem-se dividido esses aneurismas em duas variedades.

A primeira variedade é aquella em que ha communicação directa da arteria com a veia e tem o nome de varice aneurismal

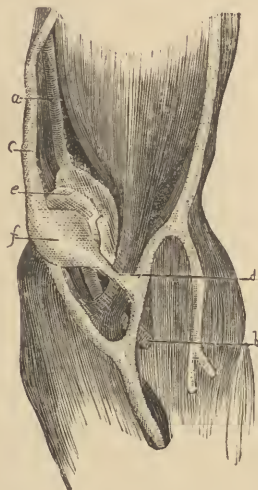
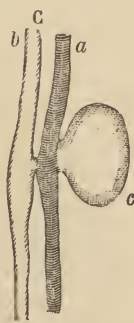
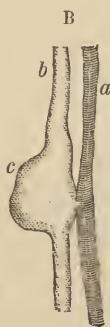



Fig. 23. — Aneurisma arterio-venoso da prega do braço. Em a está indicada a humeral, em b a extremidade superior da radial ; em c a veia basilica ; em d a veia mediana basilica ; em e o sacco intermediario á arteria e á veia f.

(fig. 24). A segunda variedade é aquella em que a commu-

Fig. 24. — Varice aneurismal, representada pela arteria a, e veia b.

Fig 25. — Aneurismas varicosos. Em A o sacco c, se acha entre a arteria a, e a veia b. Em B o sacco aneurismal se acha do lado da veia b. Em C está a veia b, e o sacco c, está do lado da arteria a.

nicação tem logar atravez de um sacco ou kysto e tem o nome de aneurisma varicoso (fig. 25). Este ultimo genero offerece

tres variedades, segundo o sacco se acha entre a veia e a arteria.

Em que classe pois se deve incluir o aneurisma que, como vos disse, apresenta o doente na axilla? Será um aneurisma verdadeiro ou falso? Será tambem um aneurisma diffuso ou falso consecutivo, ou um aneurisma arterio-venoso.

Não houve nos antecedentes do doente nenhum facto referente a qualquer violencia ou traumatismo da região axillar; portanto não se pode incluir o tumor senão na classe dos aneurismas espontaneos.

Os simptomas e os caracteres do tumor são tambem proprios do aneurisma arterial. Não se trata pois de um aneurisma arterio-venoso, nem de qualquer de suas variedades, aliás muito pouco frequentes nos aneurismas espontaneos.

A raridade hoje bem demonstrada de aneurismas verdadeiros ou constituidos, como vos disse, pela dilatação simultanea das tres tunicas arteriaes me leva a acreditar que o doente não tem um aneurisma d'essa especie. Restava pois saber si o aneurisma era mixto externo ou interno. Pelas considerações que vos apresentei a esse respeito podeis desde logo prever que, não podendo admittir a existencia de aneurismas mixtos internos, não tive duvida em estabelecer o diagnostico de aneurisma mixto externo e espontaneo da axillar.

Como se teria constituido o aneurisma nesse doente? Essa questão acha-se perfeitamente estudada e, com effeito quando a onda sanguinea é impellida através dos canaes arteriaes e encontra algum ponto da arteria cuja resistencia tem desapparecido sob a influencia de causas especiaes, como a degenerescencia ou alteração gordurosa das tunicas media e interna da arteria, ou então em virtude de modificações que se passão nestes orgãos, desde logo provoca a sua destruição, e então a tunica externa ou cellulosa que é a unica que se conserva intacta, se distende gradualmente e vae constituir o tumor aneurismatico; pelo que se

póde concluir que todo o aneurisma resulta do desequilibrio entre a systole cardiaca e arterial. Logo que esta em virtude das condições particulares da arteria diminue de intensidade e de energia, o impulso systolico do coração traz como consequencia maior amplitude da arteria que deve ser levada em cada movimento ao mais alto grão no ponto em que falta toda e qualquer resistencia.

Si o tumor que se vai formando não encontrasse obstaculo notavel diante de si, elle em pouco tempo teria adquirido proporções consideraveis, e as transformações que se dão no sacco não serião sufficientes para impedirem a sua ruptura. A resistencia em alguns casos não é muito notavel, e assim tereis occasião de observar muitos casos de tumores aneurismaticos com o volume da cabeça de um recem-nascido, e no gabinete de anatomia pathologica encontrão-se peças de aneurismas abdominaes e thoracicos cujas proporções são verdadeiramente prodigiosas.

Não ha mais de 4 mezes que fiz a ligadura da arteria crural por causa de um vasto aneurisma que occupava os dous terços inferiores da côxa, e tinha um volume quasi igual ao da cabeça de uma criança de dous annos.

Em regra geral o sacco em sua expansão encontra bastante resistencia por parte dos orgãos e dos tecidos que o cercão, mas o tumor vai pouco a pouco vencendo esses obstaculos, comprime os tecidos ou os separa, distende os musculos e o tecido conjunctivo e a pelle, e por fim todas estas partes formão ao redor uma barreira resistente contra a ruptura do sacco ; mas em alguns casos a pressão exercida pela expansão do tumor é tão notavel que muitas partes resistentes, como os arcos costaes e as cartilagens, são destruidas por meio de tumores aneurismaes da arteria axillar, da subclavia, e do tronco brachio-cephalico e d'ahi se estabelece uma franca communicação entre a caixa thoracica e o tumor aneurismal.

Eis aqui uma peça pathologica (fig. 26) pertencente a um individuo que apresentava um aneurisma da poplitéa direita, e cujo espaço poplitêo se achava grandemente deprimido, e o con-

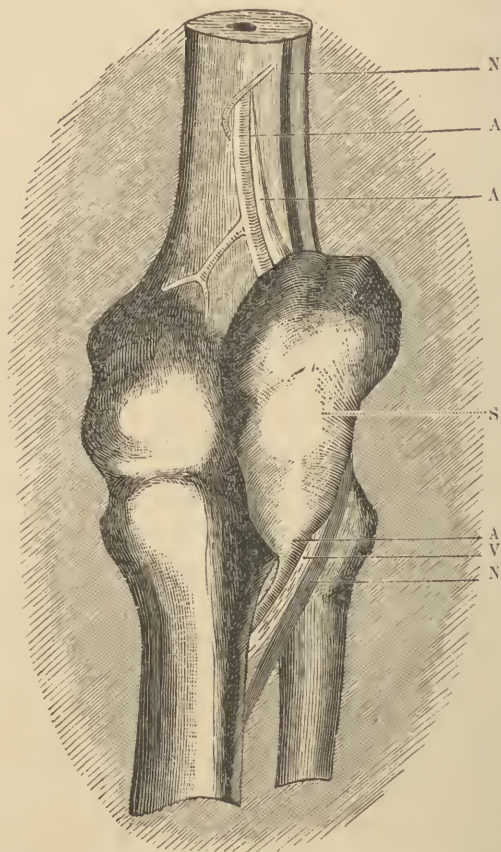



Fig. 26. — Peça pathologica que representa um vasto aneurisma da arteria poplitéa. Em A, A se acha representada a arteria; em V, V a veia, em N, N o nervo, e em S o sacco aneurismatico. Não se vê o condylo externo do femur, o qual se achava deprimido e destruido em parte de sua face posterior.

dylo externo do femur nimiamente adelgaçado e destruido em grande parte de sua parede interna.

O aneurisma axillar do doente que foi operado, não apresentava grandes proporções, nem havia produzido a destruição das paredes thoracicas, mas datando de seis mezes já se apresentava com o volume de uma laranja selecta.

A' medida que se fórma a ampliação da tunica cellulosa que dá em resultado o aneurisma, passão-se no interior d'esse tumor ou sacco modificações importantissimas, que têm grande valor, não só sob o ponto de vista dos phenomenos observados, como em relação aos meios therapeuticos de que se tem de lançar mão para curar esse estado morbido.

Se dissecasseis o tumor d'este doente, vós poderieis notar ou que a sua configuração era provàvelmente muito semelhante á de uma bolsa espherica collocada ao lado da arteria cujo eixo formava um angulo recto ou obliquo com a direcção da luz do vaso, ou que aquelle era constituido pela ampliação circular de uma porção mais ou menos notavel da tunica externa, de modo que o eixo do sacco correspondia ao eixo da arteria, ou em outros termos, terieis um *aneurisma sacciforme* ou um *aneurisma fusiforme*. Estas duas formas de tumor aneurismatico têm uma influencia manifesta sobre as modificações que se passão no seu interior, e não supponde que ellas se apresentão sem uma causa especial. Quando a destruição das tunicas internas da arteria tem a séde em uma pequena zona da circumferencia da arteria, se eleva ao redor d'esse orificio o tumor, que vai constituir o aneurisma sacciforme ; quando porém a ruptura occupa toda a circumferencia da arteria ou o aneurisma resulta da ampliação simultanea das tres tunicas arteriaes, como nos casos de aneurisma chamado verdadeiro, estabelece-se então o aneurisma fusiforme.

As modificações que se notão no interior do sacco são differentes, segundo o aneurisma é sacciforme ou fusiforme. Incisado um aneurisma, alem do sacco mais ou menos espessado, encontrareis o seu interior cheio ou repleto de certa quantidade de

sangue e de coalhos sanguineos, molle e de côr negra, cercado de camadas concentricas e sobrepostas, cuja côr é avermelhada nas camadas mais internas, passando depois a ser esbranquiçada e a se confundir com as paredes do proprio sacco aneurismatico.

Essa massa negra e constituida por coalhos sanguineos sem organisação alguma, e resultantes da coagulação simples do

Fig. 27. — Disposição dos coalhos activos nos aneurismas.

sangue, foi designada com muita propriedade pelo professor Broca com o nome de *coalhos passivos*.

As camadas que revestem o interior do sacco e se apresentão em laminas dispostas concentricamente (fig. 27) são conhecidas com o nome de *coalhos activos*.

Emquanto que nos aneurismas sacciformes é muito raro que não se encontrem os coalhos laminados ou os coalhos activos, dispostos em numerosas camadas, para apenas deixarem um canal por onde passe o sangue, no aneurisma fusiforme são raros os coalhos activos, e mais abundantes os coalhos passivos.

O modo de formação dos aneurismas sacciformes e fusiformes explica perfeitamente essas differenças. No primeiro caso o sangue, sendo projectado pela ruptura das tunicas internas para o interior do sacco, desce d'alli para o extremo inferior da arteria, mas a força retractiva do sacco, não sendo bastante para expellir todo o sangue que é levado ao seu interior, uma pequena porção d'elle é alli retida já em virtude da causa que vos indiquei, já em consequencia das rugosidades ou desigualdades das paredes internas do mesmo sacco. O sangue privado então de movimento se coagúla, mas a onda sanguinea que chega a cada instante ao interior do sacco, á medida que o alarga e obriga a tomar maior proporção, comprime os coalhos que alli se achão e os transforma em laminas que successivamente se sobrepoem umas ás outras de modo a formarem uma camada espessa que augmenta a resistencia das paredes do sacco e impedem a ruptura de muitos aneurismas. Esse processo é sempre lento em sua evolução e está em relação com o tempo que o aneurisma leva em seu desenvolvimento.

No aneurisma fusiforme, pelo contrario, o tumor occupando a circumferencia da arteria, a sua luz se acha na direcção do eixo do vaso, e o sangue que para alli é projectado desce em sua totalidade, ou não é retido senão em pequena quantidade; e d'ahi resulta que não se estabelece senão pouca coagulação sanguinea, e esta não tem bastante tempo para se organizar e transformar-se em coalhos activos. O sacco nesses aneurismas acha-se cheio de coalhos passivos ou fibrinosos e com poucas camadas de coalhos activos.

O conhecimento de todos esses phenomenos, meus senhores, é de uma importancia extraordinaria, porque se póde por meio

delles explicar a cura espontanea de alguns aneurismas; e em verdade se a formação dos coalhos activos tomar um grande desenvolvimento, o sacco se achará no fim de algum tempo obliterado, ou apenas com um pequeno canal por onde o sangue passa do extremo superior para o extremo inferior da arteria com as maiores vantagens para o doente. Só entretanto em casos excepcionaes é que se observará essa terminação; o mais commum é que o tumor, apezar de revestido de muitas camadas de coalhos activos, continue a desenvolver-se adquirindo proporções consideraveis e dando logar a desordens e a accidentes incompativeis com a vida do doente.

O espessamento das paredes de sacco é um facto incontestavel, mas elle tem logar em virtude do processo que vos indiquei ou depende de outras causas?

E' uma questão mais theorica do que pratica a que acabo de vos apresentar, e assim quer essas camadas laminiformes que revestem o sacco sejão devidas á organisação do sangue pelo mecanismo que vos indiquei, quer sejão o resultado de uma organisação cellular procedente da propria tunica que constitue o tumor aneurismatico, o que se torna importante debaixo do ponto de vista pratico é o conhecimento de sua existencia e da influencia incontestavel que exerce sobre a marcha e terminação dos aneurismas. Não ha duvida que em certas condições o sangue pode organizar-se, e o facto de acharem-se mais coalhos laminados nos aneurismas sacciformes não deixa de ter valor em proveito daquelles que, como o professor Broca, explicão a existencia dessas laminas que revestem o sacco, pela organização do sangue que se vai successivamente depositando no tumor aneurismatico.

Seja como fôr, o que deveis saber é que a espessura dos coalhos activos não é igual em toda a extensão do sacco. Em uma parte as camadas que formão os coalhos activos offerecem uma grande espessura; em outras porém ellas são delgadas ou muito tenues. O seu valor, sob o ponto de vista da resistencia que o sacco póde

offerecer ao impulso da onda sanguinea, é muito diminuto, e o doente está sujeito á ruptura do aneurisma. O que resta em ultima analyse saber é se o aneurisma do doente de que me occupo é sacciforme ou fusiforme. A intensidade do ruido de sopro e a configuração do tumor são signaes que me levão a acreditar que o aneurisma é antes sacciforme do que fusiforme, esses dados porem não são bem positivos para que se possão com segurança discriminar essas duas formas.

Em verdade em um aneurisma sacciforme, sendo menor o orificio por onde o sangue é impellido, deve ser mais consideravel e mais aspero o ruido do sopro ; todavia muitas causas podem-se dar em um aneurisma fusiforme para que o orificio por onde o sangue penetra, torne-se menos consideravel e provoque um ruido de sopro bastante rude. Em todo o caso o que havia de real era que eu não podia contar com a cura espontanea e porque? E' o que vos direi na conferencia seguinte.

QUINQUAGESIMA LIÇÃO

DOS ANEURISMAS

(Continuação)

Summario:—Condições necessarias para que se realise a cura espontanea dos aneurismas.—Os processos são de tres ordens: formação em grande escala dos coalhos activos; interrupção da circulação produsida pelo sacco ou obliteração deste pela gangrena.—Opinião de Broca sobre a natureza do processo em questão.—A cura espontanea é um phenomeno excepcional.—Tendencia e marcha dos aneurismas.—As rupturas espontaneas e accidentaes não são sempre seguidas de hemorrhagias consideraveis e fataes.—Necessidade da intervenção no caso de aneurisma da axillar.—Estudo dos diversos methodos de tratamento.—Necessidade de os classificar.—Classificação antiga e usual.—Classificação de Berard e Denonvilliers.—Preferencia dada á classificação de Broca.— Devisão dos methodos em directos e indirectos.—Suas subdivisões.—Quadro synoptico arranjado pelo auctor.—Exposição e valor de cada methodo.—Em que consiste o methodo de Antyllus.—Difficudades de execução.—Accidentes graves a que o doente está sujeito.—Methodos de tratamento pela extirpação e cauterisação.—Os casos em que cada um destes methodos foi applicado mostrão os perigos consideraveis a que os doentes estão sujeitos. —O emprego da massa de Canquoin por Girouard e por Bonnet de Lyão para a cauterisação do sacco dá logar a hemorrhagias graves.—Só em pequenos aneurismas e em regiões especiaes é que a cauterisação poderá achar indicações.—Insufficiencia dos methodos de tratamento pelos stypticos e moxas.—Incerteza dos resultados pelo methodo endermico, e perigos dos methodos da acupunctura, da costura do sacco e da malaxação.—Processo de Broca.—A pratica não o sanccionou.—Methodos da calorificação e refrigeração.—Meios empregados.—Accidentes a que elles expõem.—Incertesa de seus resultados. — Commpressão directa.—Modos de exercel-a.—Mecanismo de sua acção.—Casos em que póde ser applicada.—Injecções coagulantes. — Substancias empregadas por Monteggia.—Propriedades do perchlorureto de ferro.—Experiencias sobre a sua acção.—Dose empregada.—Seringa de Pravaz.—Manobras operatorias.—Phenomenos que se observão.—Resultados obtidos.—Electro-punctura.—Pilha de Bunsen.— Naturesa das agulhas.—Processos de applicação.—Vantagens do processo ordinario.—Effeitos immediatos e consecutivos.— Resultados definitivos.— Electricidade statica. — Caso referido pelo Dr. Pereira Guimarães.—Apreciação deste methodo.

Meus Senhores,

Na conferencia passada eu vos prometti apresentar as rasões pelas quaes julguei que devia intervir e operar o doente de aneurysma da axillar, visto que não me era licito contar com a cura espontanea do seu aneurisma. Ainda que os archivos scientificos consignem muitos casos de cura espontanea dos aneurismas,

e eu mesmo vos tivesse referido, a proposito do diagnostico, um caso de aneurisma da axillar em que as pulsações do tumor havião desapparecido e os phenomenos proprios da cura espontanea se manifestárão por um modo mui positivo ; todavia os factos dessa ordem são sempre excepcionaes e se achão sob a influencia de causas particulares com as quaes não podeis nunca contar.

Com effeito para que a cura espontanea se realise é preciso que o sacco seja pouco a pouco obliterado por coalhos activos, solidos espessos e resistentes de modo que todo o impulso da onda sanguinea não acarrete a mais leve ampliação do tumor nem favoreça o seu desenvolvimento, ou então que o tumor seja sacciforme ou lateral e levado de encontro ao extremo superior ou inferior da arteria, exerça sobre esta uma compressão que interrompa ou difficulte a circulação entre ella e o sacco, e facilite por este modo a organisação dos coalhos activos. Ha um terceiro processo de cura espontanea que é pela gangrena do sacco aneurismatico. Neste ultimo caso a interrupção da circulação entre a arteria e o tumor teria lugar pela formação instantanea e rapida de uma grande massa de coalhos passivos que actuarião como um *trombus* sobre os extremos da arteria.

O professor Broca, estudando ou apreciando em seu excellente *tratado dos aneurismas*, esta questão, fez ver que se podião reduzir estas diversas terminações a dous processos principaes traduzidos pela formação de coalhos fibrinosos ou activos, e pela inflammação.

Na cura pelos coalhos fibrinosos, estes ou obliterão completamente o sacco e interrompem a circulação do tumor, ou então, como se tem observado em alguns casos, elles se formão progressivamente no sentido da peripheria para o centro do tumor de modo a deixarem ou a estabelecerem um verdadeiro canal por onde circula o sangue livre e desembaraçadamente. No fim de um tempo mais ou menos longo, esses coalhos vão sendo pouco a pouco absorvidos, o tumor diminue de proporção, e se revela

apenas por um pequeno nucleo que a seo turno desapparece, sem que se tenha dado interrupção da circulação entre os dous extremos da arteria e o sacco aneurismatico.

Quanto á cura pela inflammação, os riscos e perigos que corre o doente são consideraveis, mas ella pode ser observada nos tres periodos de terminação do processo inflammatorio, caracterisados pela suppuração, pela mortificação e pela resolução.

Em todos estes casos a cura só pode ter logar pela formação de coalhos passivos, que obliterão definitivamente a arteria e impedem que o sangue seja levado ao interior do sacco. Se a suppuração não tem invadido ou chegado ao interior do sacco, este se reduz, o sangue é absorvido pouco a pouco, e por fim o tumor desapparece; mas se a suppuração tem-se propagado ao interior do aneurisma, ou si este tem sido invadido pela mortificação, os coalhos são expellidos com parte ou totalidade das paredes do sacco aneurismatico, e a vasta perda de substancia se repara pelo processo que vos é conhecido.

E' ainda excepcional que a cura espontanea se realise em taes condições, ou quando o tumor aneurismal é invadido por um processo inflammatorio que se limite ao tecido cellular que o envolve ou se propague ao seo interior. Esta complicação é sempre muito séria, porque os coalhos que se formão são molles, e insufficientes para produzirem uma obliteração persistente da arteria. Antes ha tendencia para a ruptura do aneurisma seguida de hemorrhagia mortal e fulminante do que para a cura.

Não responderia nunca pela vida de um doente em que um aneurisma, e principalmente um aneurisma axillar, fosse a séde de um trabalho inflammatorio.

A cura pela formação e organisação dos coalhos activos —essa sim— é livre de perigo, e a nossa arte teria chegado a sua perfeição si independente de qualquer intervenção cirurgica se alcançasse este resultado. Não podia contar com ella, e o que a observação demonstra é que os aneurismas comquanto apresentem

uma marcha lenta e tenhão um desenvolvimento regular, podem de um momento para outro ou bruscamente adquirir proporções consideraveis.

O aneurisma uma vez desenvolvido e debaixo da influencia das mesmas condições que presidirão ao seo desenvolvimento, termina pela ruptura seguida de hemorrhagia mais ou menos consideravel, e cujas consequencias podem ser das mais deploraveis.

Não penseis comtudo que nos casos de ruptura ou abertura dos aneurismas, os doentes venhão a fallecer de hemorrhagia. Tenho visto diversos casos de aneurisma da poplitéa ou da femoral em que se tem praticado a punção por meio de bisturi, na supposição de que o tumor era devido a outra causa, e nos quaes entretanto a hemorrhagia que se seguira era muito insignificante. Nas rupturas espontaneas tambem se observa o mesmo phenomeno, logo que ha bastantes coalhos que possão obliterar a abertura que se dera, e quando esta não é muito grande e apresenta-se com os seos labios desigualmente divididos.

Em vista das considerações que acabei de vos apresentar entendi que não podia deixar de intervir no caso de aneurisma axillar de que tenho-me occupado até agora. Qual foi o meio de que lancei mão para curar esse doente? A fim de que possaes apreciar a preferencia que dei á ligadura da sub-clavia, é preciso que entre previamente no estudo dos diversos methodos de tratamento dos tumores aneurismaticos.

A multiplicidade de meios que o cirurgião tem hoje á sua disposição para curar os aneurismas, a acção differente que exerce cada um delles de per si, têm obrigado a uma classificação baseado no intuito com que se tem aconselhado cada methodo de tratamento.

Antigamente se dividía o tratamento dos aneurisma em medico e cirurgico, ou em meios internos e meios externos.

Esta classificação só póde ter o merito de ser conservada facilmente em lembrança, por quanto nenhuma idéa ella póde

despertar em relação aos principios que dirigirão o cirurgião no tratamento, nem sobre a acção que se quiz provocar.

Os auctores do *Compendium de cirurgia pratica* dividirão o tratamento dos aneurismas em tres methodos; o primeiro comprehende todos os meios que determinão a coagulação do sangue no tumor aneurismal e trazem a obliteração do sacco e muitas vezes da arteria acima e abaixo de sua communicação com o aneurisma; o segundo encerra os meios tendentes a determinar a abertura do aneurisma; o terceiro comprehende os meios tendentes a realisar a extirpação ou ablação dos tumores aneurismaticos.

Não nego a racionalidade da classificação dos professores Berard e Denonvilliers, mas certamente ella não descrimina a natureza de cada meio incluido em qualquer das divisões estabelecidas. Prefiro a tal respeito a divisão apresentada pelo professor Broca. Este com effeito classificou os meios de tratamento dos aneurismas em methodos directos e indirectos, chamando methodos directos os meios que tem uma acção immediata sobre o tumor e indirectos os que actuão sobre este por intermedio da circulação.

Os methodos directos se subdividem em methodos que suprimem ou que modificão o tumor.

Os methodos directos que têm por fim suprimir o tumor consistem: 1.° na abertura do sacco; 2.° na extirpação; 3.° na cauterisação.

Os methodos directos que têm por fim modificar o tumor consistem: 1.° no emprego dos stypticos e das moxas; 2.° na applicação endermica de certas substancias; 3.° na acupunctura; 4.° na costura entortilhada; 5.° na malaxação, 6.° na applicação do calor; 7.° na applicação do frio; 8.° na compressão directa; 9.° na galvano-punctura; 10.° na electricidade statica; 11.° nas injecções coagulantes.

Os methodos indirectos ou que actuão sobre o tumor por intermedio da circulação são divididos; 1.° em methodo de Valsalva;

2.° em methodo da ligadura entre o tumor e o coração ; 3.° em methodo da ligadura entre o tumor e a extremidade peripherica da arteria ; 4.° na compressão indirecta.

No intuito de facilitar o estudo da classificação apresentada pelo professor Broca e para que podesseis guardal-a em lembrança, estabeleci o quadro synoptico que se acha sobre a pedra, reunindo a cada methodo o nome do autor que o aconselhou e fez applicação ao tratamento e cura do aneurisma.

Quadro synoptico dos methodos do tratamento dos aneurismas.

Tratamento dos aneurismas.			
Methodos directos	Suprimir o tumor	Abertura do sacco	Antyllus.
		Extirpação	Purmann e Chapel.
		Cautorisação	M. A. Severino.
	Modificar o tumor	Stypticos, moxas	Larrey.
		Methodo endormico	Thierry.
		Acupunctura	Velpeau.
		Sutura	Malgaigne.
		Malaxação	Fergusson.
		Calorificação	Everard Home.
		Refrigeração	Guérin de Bordeaux.
		Compressão directa	Bourdelot.
		Galvano-punctura	Pravaz, Guérard.
		Electricidade statica cutanea	Pereira Guimarães.
		Injecções coagulantes	Monteggia.
Methodos indirectos		Phlebotomia	Valsalva.
		Ligadura entre o tumor e o coração	Anel, Hunter.
		Ligadura peripherica	Brasdor, Wardrop.
		Compressão indirecta.	

Estudemos agora o valor de cada um desses methodos, e vejamos qual delles offereceria mais vantagens no tratamento do nosso doente.

O primeiro methodo directo e que tem por fim suprimir o tumor consiste na abertura ou dilatação cirurgica do sacco aneurismatico.

Esse methodo é conhecido nos tempos modernos com o nome de methodo de Antyllus ; outr'ora era designado com o nome de methodo do Aetius ou de Paulo de Egina. Em verdade este auctor do seculo VII havia indicado esse methodo sem fazer menção do

cirurgião que o havia imaginado e applicado á cura dos aneurismas cirurgicos, mas forão ha trinta annos mais ou menos descobertos escriptos ou obras pertencentes a Antyllus que viveu em epocha anterior a Paulo de Egina, e por elles se conheceu que este autor não fôra quem havia em primeiro logar tratado os aneurismas pela abertura ou dilatação do sacco.

O methodo de Antyllus empregado exclusivamente na cura dos aneurismas cahio em esquecimento depois que se começou no seculo passado a applicar a ligadura ás arterias affectadas de aneurisma.

Seja como for, o methodo de Antyllus consiste em comprimir a arteria acima e abaixo do tumor, e em seguida dilatar o sacco, retirar os coalhos sanguineos, e dissecar os extremos superior e inferior da arteria, e passar em volta de cada um delles uma ligadura apropriada.

Alguns cirurgiões, em logar de procederem á ligadura da arteria acima e abaixo do sacco depois da abertura do tumor, fazião a dissecção e a ligadura previa da arteria, e depois disso é que então dilatavão a bolsa aneurismal.

Ainda que numerosissimos casos de cura de aneurismas tenhão sido consignados pelo methodo de Antyllus; ainda que muito recentemente o professor Syme de Edimburgo o tivesse empregado com bom exito no tratamento de um aneurisma da axillar; todavia os accidentes gravissimos que diversos cirurgiões de todos os tempos havião observado com a applicação desse methodo de tratamento, constituião para mim um motivo de grande valor para não pensar em empregal-o no doente de que vos tenho fallado.

O caso observado e curado pelo professor Syme era referente antes á uma ruptura da arteria axillar ou á lesão a que se dá o nome de aneurisma diffuso primitivo, do que a um aneurisma propriamente dito, e ainda assim não sei se a dilatação da bolsa sanguinea seguida da ligadura do vaso devia ser admittida de

preferencia á ligadura da sub-clavia e principalmente à compressão indirecta.

Tanto o methodo que consiste na extirpação como o que tem por fim destruir os tumores aneurismaticos pela cauterisação forão empregados por diversos cirurgiões de todos os tempos.

Purmann no XVII seculo tratou pela extirpação um tumor aneurismatico da prega do braço depois de ligados os dois extremos da arteria acima e abaixo do sacco. Chapel em 1854 em um caso muito semelhante teve o mesmo procedimento e o doente curou-se.

Marco Aurelio Severino encontrou na cauterisação pelo ferro em braza o recurso necessario para tratar um aneurisma da crural complicado de inflammação gangrenosa. Em um caso de aneurisma da sub-clavia o professor Bonnet de Lyão, não julgando possivel fazer a ligadura da arteria respectiva para dentro dos scalenos, resolveu destruir o tumor por meio da cauterisação feita gradualmente com a massa de Canquoin, e com quanto no momento da abertura do tumor houvesse uma grande hemorrhagia seguida de algumas outras que fizerão o doente correr grande risco, todavia elle pôde restabelecer-se ou ficar curado de seu aneurisma no fim de tres mezes.

Antes do caso de Bonnet, Girouard havia empregado a cauterisação na cura dos aneurismas. Mas pela exposição resumida que acabei de vos fazer, comprehendeis, meus senhores, que são extraordinarios os perigos a que se acha exposto um doente de aneurisma que é tratado pela cauterisação; portanto eu não podia pensar em applical-o ao meu doente de aneurisma da axillar, nem a alguns outros affectados da mesma molestia em outras regiões, visto que a sciencia dispõe para casos taes de outros methodos muito menos perigosos e de efficacia incontestavel. No doente de Bonnet a hemorrhagia repetio-se seis vezes e em um de Girouard a hemorrhagia só manifestou-se uma vez.

Os methodos, meus senhores, da extripação e da cauterisação só poderião ser admittidos e lembrados hoje em certos e varios aneurismas, como os da arteria temporal, etc.

O methodo directo, que consiste em modificar o tumor por meio de applicações stypticas ou de moxas, como foi aconselhado por Larrey, tem uma acção muito limitada e incerta para que podesse lançar mão desses meios no meu doente e contasse que elles produzissem qualquer resultado favoravel.

O methodo de tratamento a que Thierry deu o nome de methodo endermico, consiste, como sabeis, na applicação local do do perchlorureto de ferro sobre o tumor, depois de ter sido este denudado da epiderme por meio da ammonea liquida.

E' mais um methodo incerto em seus resultados e de acção tão duvidosa, que somente o menciono para não ser omisso em minha exposição acerca dos methodos de tratamento dos tumores aneurismaticos. Elle só poderia ser lembrado se nenhum outro methodo de tratamento podesse ser applicado ao doente do aneurisma da axillar.

A acupunctura, meus senhores, é tambem um methodo que não podia ser admittido em caso desta ordem. Ella foi imaginada em 1830 pelo professor Velpeau, e nasceu da observação da coagulação do sangue quando por acaso se implantão corpos estranhos em um vaso sanguineo e alli ficão por um tempo mais ou menos longo. O professor Velpeau serviu-se para isso de agulhas em numero proporcional ao volume do aneurisma, as quaes erão implantadas no sacco onde devião ficar durante um ou dous dias, afim de provocarem a coagulação do sangue. No doente de aneurisma poplitêo em que o professor Velpeau empregou a acupunctura, as agulhas permanecerão por espaço de oito dias, e aproveitou-se esta circumstancia para recorrer-se igualmente por duas vezes a galvanisação, e apezar disto o resultado foi uma inflammação violenta seguida de hemorrhagia que tornou necessaria a

ligadura da crural. A gangrena se manifestou, a coxa foi amputada, e o doente morreu.

Em mais dous ou tres casos em que esse methodo foi empregado o resultado em um foi desastroso, e em um doente de Petrequim a coagulação do sangue não se realizou, apezar de terem ficado as agulhas em permanencia por dous dias, vindo o doente a retirar-se sem estar curado. Actualmente não se falla mais na acupunctura, e não seria a esse methodo que eu recorreria para tratar o meu doente de aneurisma.

A costura entortilhada é um methodo de tratamento imaginado pelo professor Malgaigne e que consiste em atravessar de lado a lado o sacco aneurismatico com uma ou muitas agulhas, sobre as quaes passa-se um fio destinado a conservar unidas as paredes do tumor, a diminuir a sua capacidade e a favorecer a obliteração pelos coalhos que alli se depositão. Em um caso de aneurisma da região frontal em que o professor Malgaigne lançou mão deste methodo de tratamento, o resultado foi favoravel e o individuo que tinha apenas 15 annos de idade ficou restabelecido. Era um pequeno aneurisma, e a região em que tinha a sua séde, prestava-se grandemente ao methodo empregado. Nos grandes aneurismas, como o do meu doente, a costura entortilhada não tinha cabimento algum sob pena de decretar-se desde logo a morte do individuo pelos accidentes gravissimos que havião de desenvolver-se.

Depois da costura entortilhada ha ainda o methodo directo pela manipulação ou *malaxação* que foi imaginado pelo professor Fergusson e applicado a dous casos de aneurisma da sub-clavia observados por esse cirurgião. No primeiro caso o resultado á principio parecia favoravel, e as melhoras reaes, mas no fim do quarto, mezes depois das manipulações, sobreveio uma dor aguda no tumor e o doente no fim de tres dias falleceu. No segundo caso o doente não falleceu, mas o resultado ainda era duvidoso em relação á cura do aneurisma. Tanto no primeiro como no segundo

caso a operação consistio em amassar o tumor com o fim de despedaçar os coalhos fibrinosos e separar delles alguns fragmentos que podessem ser levados pela corrente sanguinea até ao extremo inferior da arteria, e produzir a obliteração desta parte do vaso.

Alguns cirurgiões têm empregado a malaxação para a cura dos aneurismas, e entre outros Esmarch, o celebre inventor da ischemia cirurgica, teve a felicidade de alcançar a cura de um aneurisma da arteria axillar por meio da malaxação; mas em um caso de aneurisma do tronco brachio-cephalico em que elle lançou mão da malaxação, o doente teve uma congestão cerebral seguida de hemorrhagia do lado direito.

O Dr. Lee alcançou tambem a cura de um aneurisma do pescoço em um individuo de 52 annos por meio da malaxação segundo o methodo de Fergusson.

Apezar de contar alguns successos felizes, a malaxação é um methodo incerto pelas difficuldades que se devem encontrar para se destacar um pedaço de coalho laminado que possa obliterar definitivamente a arteria, e ainda assim elle deve expôr o doente a accidentes graves traduzidos pela inflammação e suppuração do sacco em virtude das manipulações e massagens exercidas sobre o tumor durante a operação.

O professor Broca, suggere a idéa de punçar-se o tumor aneurismatico com um trocater explorador, e, retirado o perfurador em extensão conveniente para occultar a extremidade aguçada, executar com a ponta da canula alguns movimentos tendentes a dividir e separar alguns fragmentos dos coalhos activos que viessem então obliterar o extremo inferior da arteria. Elle julga que esta especie de esmagamento subcutaneo poderia ter uma acção efficaz sem risco de inflammação do tumor aneurismatico.

Não me consta que a pratica tenha sanccionado o processo indicado pelo professor Broca, e por minha parte julgo que não põe ao abrigo do accidente inflammatorio que se quer prevenir.

As applicações do calor e do frio á cura dos aneurismas constituem dous methodos de tratamento que não devem ser esquecidos em consequencia dos resultados favoraveis que em alguns casos já têm apresentado.

O primeiro methodo foi imaginado por Everardo Home e consiste na introducção de uma agulha de acupunctura, cuja extremidade externa é depois esquentada até a temperatura branca. Everardo Home applicou este methodo de tratamento a um individuo affectado de aneurisma do iliaca externa, no qual tinha sido ligada sem resultado a femoral abaixo do tumor em 16 de Setembro de 1825. No vigesimo oitavo dia depois da ligadura, Everardo Home levou até ao interior do sacco no ponto em que a pulsação era mais forte, uma agulha de acupunctura, e passando a extremidade desta pelo orificio de uma pequena placa de aço, e protegendo o tegumento da côxa por meio de uma lamina de cortiça, fez esquentar a extremidade da mesma agulha com as chammas de uma lampada de espirito de vinho, até que aquella tivesse chegado á temperatura branca. A applicação do calorico durou 15 minutos, e as modificações que se notárão desde logo forão das mais favoraveis, pois as dores cessárão no fim de 10 minutos, e as pulsasões se reduzirão a uma simples ondulação ; mas como no fim de seis dias o tumor não tivesse diminuido, repetio a mesma applicação servindo-se de uma agulha mais grossa e prolongando a acção do calorico por 35 minutos. No terceiro dia depois desta segunda applicação as dores e as pulsasões reapparecerão, e o tumor tornou-se muito tenso. Procedeu dez dias depois a uma terceira applicação com uma agulha ainda mais volumosa, e no fim de 20 minutos as pulsações havião cessado de todo, e não reapparecerão mais. No fim do sexto dia o pé e perna se apresentavão frias, e dez dias mais tarde se manifestárão alli algumas phlyctenas. Estes phenomenos precursores da gangrena não tiverão incremento, e neste estado permaneceu o doente por espaço de um mez, no fim do qual falleceu sem se indicar entretanto a causa de sua

morte. Ainda que neste caso se tivesse ligado a arteria abaixo do tumor aneurismatico, e não se possa tirar deducções bem positivas da efficacia do methodo de Everardo Home; todavia póde-se dizer que ao menos a applicação do calorico teve a vantagem de coadjuvar a coagulação do sangue. Essa coagulação não se tornou permanente, pelo que foi preciso recorrer por tres vezes ao mesmo meio, sem que a arteria ficasse impermeavel, conforme demonstrou a autopsia, até ao ponto em que a ligadura fôra applicada; ainda assim o sacco encerrava uma espessa camada de coalhos activos, e estes circumscrevião uma grande cavidade cheia de uma substancia gelatiniforme.

Nenhum accidente occorreu nas operações para que se possa attribuir a estas a morte do doente, e os resultados immediatos parecião ser favoraveis; entretanto os effeitos do calorico forão incertos, e a pratica não sanccionou por este e por mais alguns casos as suas vantagens.

O segundo methodo que consiste na applicação do frio sobre o tumor aneurismatico, parece ser de origem muito antiga. Alguns o attribuem a Galeno; outros julgão que esse methodo é de epocha muito posterior a Galeno, e foi imaginado e applicado por algum cirurgião que não fez cabedal de sua invenção. D'este modo quando em 1790 Guerin, de Bordeaux, o fez conhecer, não se teve duvida em admittir que elle havia sido o seu inventor, de modo que ainda hoje o methodo de refrigeração é conhecido com o nome de methodo de Guerin.

Seja como fôr, está hoje reconhecido que esse methodo é muito antigo e fôra grandemente empregado pelos cirurgiões portuguezes e entre nós pelo cirurgião Alves Carneiro, Rocha Pitta etc.

Guerin empregava compressas embebidas em uma mistura d'agua e vinagre, e renovadas de sete em sete minutos, prescrevendo ao mesmo tempo o repouso, a dieta, a sangria e o uso da agua de Rabel no interior. Entre nós e em Portugal faz-se uso

das bexigas de gelo. E' tambem a este agente que têm recorrido muitos cirurgiões em França e em Inglaterra, de preferencia ao processo de Guerin de Bordeaux.

Si são numerosas as observações de cura de aneurismas pela refrigeração, não se contão tambem poucos casos em que este methodo tem sido ineficaz e dado logar a accidentes inflammatorios que terminão pela abertura do tumor ou pela gangrena, como succedeu em dous doentes do Dr. Detrunti de Napoles.

Está claro que foi não só o conhecimento da incerteza dos resultados pelos methodos, quer de Everard Home quer da refrigeração, mas ainda o receio de repercussões graves para os orgãos respiratorios e o perigo de qualquer dos accidentes observados por occasião da applicação da refrigeração, que me decidirão a não empregar ambos esses methodos no meu doente de aneurisma da axillar.

Um tumor aneurismatico, caracterisando-se principalmente por um movimento de expansão e um desenvolvimento progressivo e incessante, deveria despertar nos cirurgiões de todos os tempos a idéa de impedir a manifestação ou a continuação desses phenomenos por meio da compressão.

Executava-se este methodo de tratamento por diversos modos, mas o methodo de que tenciono fallar-vos n'este momento, e que se chama—*compressão directa*— foi imaginado e applicado pelos cirurgiões arabes, e indicado em seus escriptos por Avicenno.

Preconisado, depois de ter cahido em desuso, por Bourdelot em 1698, que em si mesmo teve occasião de colher uma esplendida cura de um aneurisma da prega do braço, o methodo da compressão directa gosou de alguma voga durante muitos annos, mas foi depois abandonado e apenas empregado em um ou outro caso em que as vantagens de sua applicação se tinhão feito sentir, quando nestes ultimos tempos os cirurgiões inglezes e principalmente o Dr. Ernesto Words adduzirão crescido numero de casos em que se demonstrárão as vantagens da compressão directa em

circumstancias especiaes; e é hoje rara a gazeta cirurgica ingleza que não traga em suas columnas a observação de aneurismas tratados por esse methodo.

A compressão póde ser exercida por chumaços graduados de linho cobertos de uma placa de metal e presos por algumas voltas de atadura, ou pela flexão de um segmento de membro sobre o outro quando a região prestar-se, como a prega do braço e os cancavos axillar e popliteu, a esse genero de compressão.

Não pretendo apresentar-vos o mecanismo pelo qual se acredita que a compressão directa traga a cura dos aneurismas, e nem entrarei na discussão para saber se a cura tem logar em virtude da obliteração do sacco, como pretendia Scarpa, ou por depositos fibrinosos como se observa na cura espontanea; ou si, como queria Arnaud, pela occlusão do orificio do sacco determinada pela propulsão dos coalhos activos que ali adquirem adherencias solidas e impedem que o sangue continue a penetrar no sacco aneurismatico, ou então partindo d'ahi se encaminhão para o interior da propria arteria e determinão a sua obliteração.

Seja qual for o mecanismo da cura pela compressão directa, sem negar as suas vantagens nos mesmos casos em que ella tem sido empregada, todavia direi que ella é demorada em seus resultados e rodeada de incertezas, e mais do que isso — ella é difficilmente tolerada pelos doentes, como já observei em dous casos de aneurismas da poplitéa, e dá logar a accidentes graves, como a inflammação, a ruptura do sacco, a gangrena do tumor e a gangrena do membro.

E' sómente nos aneurismas arterio-venosos, pequenos e pouco desenvolvidos que a compressão directa exercida por meio da flexão do membro poderia ser tentada sem grandes inconvenientes. Nos aneurismas volumosos este methodo de tratamento poderia favorecer o desenvolvimento do tumor para as partes lateraes, e além da pressão que se exerceria sobre os troncos nervosos da

região, accresce que nos exporiamos ao risco, em virtude da desigualdade das paredes do sacco, de provocar uma ruptura cujas consequencias não poderião deixar de ser funestas.

O aneurisma que tinha o nosso doente na região axillar, escapava por tal fórma a uma compressão directa, ou a applicação d'esta seria tão difficil que não poderia admittil-a, ainda mesmo que a sua inefficacia não constituisse um facto bem averiguado por grande numero de cirurgiões.

Não cessão na compressão directa os methodos de que a sciencia, meus senhores, dispõe para tratar os individuos affectados de aneurisma, modificando por um modo directo as condições do tumor.

Os progressos que a chimica realisou no começo d'este seculo, fizerão com que Monteggia em 1813 concebesse a idéa de tratar os aneurismas pelas *injecções coagulantes*. Elle indicou para isso o alcool, o acetato de chumbo e o tannino, e em tres casos em que serviu-se das injecções coagulantes o resultado foi esplendido ou muito favoravel.

Muitos insuccessos tendo-se seguido aos casos de cura obtida por Monteggia, o methodo das injecções coagulantes, apezar das tentativas feitas por Leroy d'Etiolles em 1835, por Wardrop em 1841, por Bouchut em 1845 e por Petrequin em 1848, não se firmou na pratica, e não foi verdadeiramente apreciado senão depois que Pravaz, proseguindo em experiencias chimicas sobre a coagulabilidade do sangue nos tumores aneurismaticos, descobriu no perchlorureto de ferro o coagulante mais energico que era possivel encontrar-se.

Não residia sómente na natureza da substancia descoberta a vantagem das injecções coagulantes; estava tudo no instrumento que elle inventou para se realizarem sem perigo algum essas injecções. Em verdade, si as substancias empregadas antes de Pravaz determinavão a coagulação do sangue, não podião fazel-o senão em virtude da formação de coalhos passivos

que se desaggregavão e erão susceptiveis de formar embolos que obliteravão todos os ramos arteriaes e determinavão a gangrena do membro, e assim, como comprehendeis, todo o problema se reduzia a encontrar-se uma substancia que não só determinasse a coagulação completa do sangue como impedisse pela instantaneidade da acção que os coalhos se desaggregassem e fossem embaraçar a circulação collateral. Esta propriedade foi descoberta no perchlorureto de ferro, mas a sua acção sendo diversa segundo a quantidade de substancia empregada, nada de efficaz se poderia obter si Pravaz, ao mesmo tempo, não tivesse feito construir uma seringa ou instrumento que désse ao cirurgião toda a certeza da dose de substancia que tinha de empregar.

A grande celeuma e discussão que se levantou por occasião do emprego do perchlorureto de ferro no tratamento dos aneurismas, deu logar a que se fizessem diversas experiencias relativamente á concentração em que devia achar-se o persal de ferro para as injecções, e por meio d'ellas se chegou a estabelecer que o perchlorureto de ferro não devia ter uma concentração acima de 30 gráos do areometro de Beaumé. Se empregar-se, como mostrou Giraldes, a solução a 45 ou 48 gráos, além dos effeitos coagulantes do perchlorureto de ferro, se observa ao mesmo tempo uma irritação das tunicas interna e externa das arterias, a qual termina pela inflammação do sacco com todas as suas gravissimas consequencias. Com a solução de perchlorureto de ferro a 20 ou 30 gráos, eis ahi, meus senhores, os phenomenos que se observão: com a injecção forma-se um coalho negro, molle e friavel, semelhante aos coalhos á que Broca deu o nome de coalhos passivos. Com estes coalhos que se formão logo apoz a injecção e que se poderião chamar coalhos chimicos, se observão coagulações secundarias semelhantes aos coalhos activos. Estes coalhos são fibrinosos, duros e resistentes. Elles adherem ás paredes arteriaes e encerrão em seu interior os coalhos chimicos ou

primitivos, os quaes passão por diversas modificações e são por fim absorvidos (fig. 28).

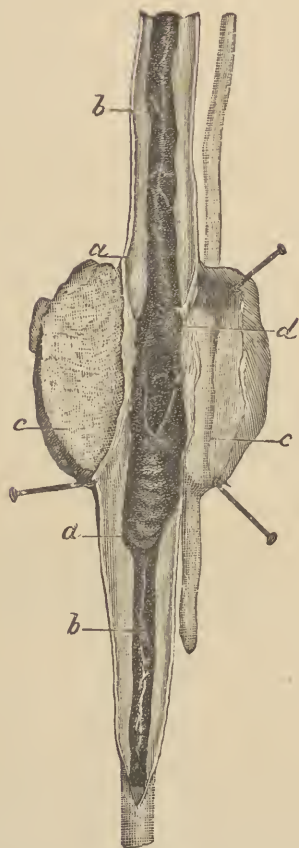



Fig. 28. — Resultado da injecção da solução de perchlorureto do ferro feita por Giraldès na arteria de um cavallo. Os limites extremos dos coalhos chimicos ou primitivos são indicados por aa ; os coalhos secundarios ou por propagação bb estão acima e abaixo dos coalhos chimicos ; ao nivel destes estão os exsudatos plasticos cc os quaes envolvem a arteria, e em d existem as adherencias do coalho chimico com a parede da arteria.

Este resultado se modifica grandemente e póde ser acompanhado de accidentes gravissimos se attendermos para a

quantidade de substancia que houvermos de injectar. Nas experiencias de Pravaz e Lallemand avaliarão-se em tres gottas a quantidade necessaria de perchlorureto de ferro para coagular um centilitro de sangue; outros avaliárão em 10 gottas por centilitro.

Seja como fôr, está hoje reconhecido que com uma solução a 20 ou 30 gráos não se devem injectar mais de 18 gottas no primeiro caso e 14 ou 15 no segundo.

Todos vós conheceis a seringa de Pravaz. Ella se compõe de um pequeno tubo de vidro, de fórma cylindrica (fig. 29), terminada nas duas extremidades por um feixe de platina. O feixe

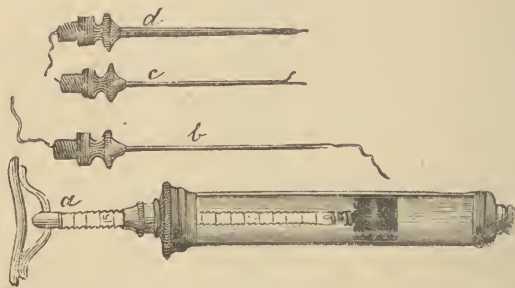



Fig. 29. — Soringa de Pravaz a, com as suas agulhas tubulares b, c, d.

superior offerece um orificio por onde passa uma haste de parafuso a em uma face da qual ha uma escala millimetrica e cuja extremidade externa termina por uma chave destinada a movel-a, fixando-se a extremidade interna em um pequeno émbolo que se move no corpo da bomba. O feixe inferior termina por uma porca onde se adapta uma agulha tubulada b c d, destinada á punção e á passagem do liquido contido na seringa. Esta só póde conter uma gramma de liquido, e o parafuso ou haste do émbolo, medindo um comprimento de tres centimetros, é disposto por tal modo que em 15 voltas termina o seu curso; donde resulta que em cada

meia volta impelle o êmbolo na extensão de um millimetro e expelle um trigesimo da solução de perchlorureto.

O corpo da seringa, que primitivamente era de platina, é actualmente construida de vidro, modificação esta imaginada por Lenoir, e que serve grandemente para reconhecer-se si ha refluxo do liquido que se quer injectar, e si tem penetrado a quantidade precisa. Cheia a seringa do liquido respectivo, cada meia volta faz sahir uma certa quantidade de liquido equivalente a uma gotta, e com 15 meias voltas tem-se impellido 15 gottas ou todas as 30 gottas em 15 voltas completas.

A operação em si não offerece difficuldade. Depois de se ter comprimido com todo o cuidado a arteria affectada acima e abaixo do tumor afim de impedir que os coalhos formados sejão acarretados pela corrente sanguinea, punctura-se o aneurisma em sua parte mais saliente com a agulha tubulada de que se acha armada a seringa, cujo interior deve estar previamente cheio com a solução de perchlorureto de ferro. Levada a agulha ao interior do sacco, faz-se marchar o êmbolo dando-se lentamente meia volta da esquerda para direita na chave do parafuso ou haste central. O numero de voltas é proporcionado ás gottas que se têm em vista injectar, e o numero d'estas deve subordinar-se aos effeitos que se alcanção. Infelizmente não se póde marcar previamente o numero de gottas que sempre se deve injectar. Em alguns casos são sufficientes 15 a 18 gottas para que o tumor torne-se logo duro, e a coagulação do sangue se tenha estabelecido. Outras vezes tem-se injectado todo o liquido da seringa sem o menor indicio de coagulação no sacco.

Seja como fôr, logo que o tumor tornar-se solido e resistente, é preciso, ao retirar a agulha do interior do sacco, dar uma ou duas voltas em sentido contrario no parafuso, para que entrem outras tantas gottas de sangue no interior da seringa e obstem que alguma porção de perchlorureto que ficar na ponta da agulha se ponha no trajecto percorrido por esta ultima. Retirada

a agulha abandona-se a compressão inferior, mas só se deve deixar a compressão superior acima do sacco quando pelo menos tiver decorrido algum tempo, o que é fixado em 20 minutos.

Já empreguei as injecções coagulantes de perchlorureto de ferro em um caso de aneurisma da crossa da aorta, em que o tumor proeminava ao lado direito do sterno. Era um caso desesperado, e com quanto não fosse possivel fazer a compressão da arteria nem acima nem abaixo do tumor, todavia este se modificou grandemente, pois que a ruptura externa que parecia imminente não teve logar, e as pulsações tornárão-se menos intensas. O doente ainda viveu por espaço de 15 dias sem as angustias que apresentava antes da injecção de perchlorureto. A dose da solução elevou-se a uma gramma.

Nem sempre são inefficazes e seguidas de máo resultado, como nesse caso, as injecções de perchlorureto de ferro, nem tambem podeis contar invariavelmente com insuccessos manifestos. Numerosos são os casos em que se tem empregado com vantagem as injecções coagulantes, mas sem contestação é um methodo que não póde pôr-se em contra posição com outros methodos de tratamento dos aneurismas. Em primeiro logar se não póde contar com o effeito immediato que é a coagulação do sangue e a solidificação do tumor, e ainda que este resultado possa ser alcançado, os coalhos chimicos pódem-se dissolver e tudo voltar ao antigo estado, ou então provocar uma inflammação mais ou menos intensa do sacco seguida de suppuração e de abertura do tumor com todos as suas gravissimas consequencias.

Não são, pois, lisongeiros os resultados que em regra geral se alcanção com as injecções coegulantes para que me tivesse lembrado de empregar este methodo de tratamento em meu doente de aneurisma axillar.

Si se tratasse de um pequeno aneurisma arterio-venoso da prega do braço, ou de um aneurisma da pediosa, etc., ainda

poderia recorrer ás injecções coagulantes, mas em um vasto e profundo aneurisma da axillar, não seria de bom aviso dar preferencia a esse methodo de tratamento.

Lembrei-me neste caso de um outro methodo directo que é a electro-punctura.

Sabeis que Pravaz fazendo experiencias acerca da acção que a electricidade tinha na destruição dos virus, e ficando impressionado da rapidez com que o sangue se coagulava sob a influencia das correntes galvanicas, procurou transmittir este facto a Guerard, então aggregado da faculdade de medicina de Paris, o qual concebeu a idéa de applicar esse meio aos tumores aneurismaticos; e tanto Pravaz como Guerard convindo em verificar experimentalmente os resultados do galvanismo sobre a interrupção do sangue nas arterias volumosas, tratárão de abrir a aorta de um coelho, e poderão sem demora fazer parar por um instante o sangue empregando a electricidade.

Entretanto experiencias do mesmo genero já se tinhão começado a instituir na Inglaterra, de modo que quando o facto foi referido na *Gazeta Medica* de França em 1831, Benjamin Phillips de Londres reclamou a prioridade da applicação, deixando ver que elle havia empregado a eletro-punctura nos tumores aneurismaticos.

Creio estar hoje bem estabelecido que a applicação do galvanismo como methodo de tratamento dos aneurismas pertence aos cirurgiões inglezes, e que somente cabe a Guerard a idéa de fazer applicação desse methodo de tratamento sem nunca tel-a realisado nos tumores dessa natureza.

Seja como for, meus senhores, o emprego da galvano-punctura contra os tumores aneurismaticos tem fornecido resultados que não podem ser esquecidos por nenhum cirurgião, e ainda que esses resultados não sejão de natureza a derrocar outros methodos de tramento, de que ainda vos fallarei, com tudo elles devem ser apreciados, porque deixão fóra de duvida que a electro-punctura

occupa um logar distincto entre os recursos de que o cirrugião dispõe para combater certos tumores aneurismaticos.

A applicação do galvanismo se faz por meio de uma pequena pilha de Bunsen de formato mediano, e composta de dous a quatro elementos, depois de se terem introduzido no sacco diversos pares de agulhas que podem ser de ouro ou de platina. Não convem que ellas sejão nem muito grossas nem muito finas, afim de não correrem o risco neste ultimo caso de se quebrarem, nem de produzirem no primeiro caso um trajecto consideravel e que seja prejudicial. As agulhas devem ser em numero de quatro a dez pares, segundo o volume do tumor, e ellas com excepção de suas extremidades devem estar ou ser revestidas de uma espessa camada de verniz, para que a electricidade não se diffunda sobre as partes circumvizinhas. A extremidade externa deve terminar em annel destinado a dar passagem a um fio de prata ou de latão bem flexivel.

Ha dous processos para a applicação da galvano ou electro-punctura, ou das correntes voltaicas que, como sabeis, são correntes continuas. O primeiro que é o processo ordinario consiste em fazer communicar directamente o interior do sacco com os dous pólos da pilha. O segundo chamado processo de Hamilton consiste em se levarem ao interior do sacco as agulhas positivas deixando o reophoro do fio negativo applicado fóra do mesmo sacco. O processo de Hamilton se funda principalmente em que a albumina não se coagúla nunca ao redor das agulhas do polo negativo, portanto não ha vantagem em que estas sejão introduzidas, e além d'isto na mono-galvano-punctura de Hamilton, o coalho é mais solido e mais susceptivel de resistir ao choque do sangue.

Não tenho experiencias proprias a este respeito, mas geralmente está admittido que o processo ordinario é superior a mono-galvano-punctura porque esta tem o inconveniente de diminuir grandemente, e em proporções desconhecidas, a passagem da electricidade atravez do sangue do aneurisma. E' evidente, como diz

o professor Brôca, que a corrente encontrará uma resistencia menor ao atravessar a massa sanguinea, quando as duas agulhas penetrão no sacco, do que quando ella tem de atravessar não só a massa sanguinea como uma certa espessura ou camada de tecidos.

Empregando-se pois o processo ordinario, eis como se deve fazer applicação da electro ou galvano-punctura : deve-se, como no methodo das injecções coagulantes, interceptar a circulação do tumor pela compressão methodica da arteria acima e abaixo do sacco ; em seguida procede-se a introducção symetrica de quatro a dez agulhas, tendo-se o cuidado de fazer com que ellas fiquem na distancia de oito a dez milimetros umas das outras, e que as suas respectivas pontas não se toquem ou fiquem em contacto afim de impedir por este modo que o circuito seja fechado sem atravessar o sangue ; reunem-se os fios que se achão nas argollas das agulhas, e depois de dividil-os em duas series symetricas torcem-se as extremidades de cada serie, e se põe cada uma dessas cordas metallicas isoladamente em communicação com um conductor da pilha.

No momento em que o circuito se fecha e a corrente se estabelece, o doente experimenta um abalo mais ou menos violento, o qual cessa durante todo o tempo da sessão, para reapparecer no instante em que se interrompe o circuito pela retirada de um dos reophoros ; é pois de rigor não interromper a acção das correntes senão quando se pretende cessar ou terminar a applicação do galvanismo, o que terá logar desde que o tumor tornar-se solido e duro, continuando-se porém com a compressão arterial por mais algum tempo.

Os effeitos immediatos da galvano-punctura sobre os tumores aneurismaticos se traduzem por augmento de volume desses tumores, e por um rubor mais ou menos diffuso da parte. Esse augmento de volume é momentaneo, e o rubor se prolonga por um tempo mais ou menos longo, e sómente cessa no fim de certo numero de dias.

Com o emprego do galvanismo ou da electro-punctura tem-se por fim alcançar a coagulação instantanea do sangue, como disse em relação ás injecções de perchlorureto de ferro ; e pelo mesmo modo se observão sob a inflencia das correntes galvanicas coagulações primitivas e coagulações consecutivas ou definitivas.

A coagulação primitiva, chamada tambem —coagulação galvanica—forma coalhos que se comportão da mesma maneira que os coalhos passivos resultantes das injecções de perchlorureto de ferro, provocando quasi sempre uma inflammação que póde ser moderada, bem como exceder a certos limites e chegar a ponto de terminar pela suppuração do sacco ou pela gangrena do tumor ou da parte em que foi empregada a electricidade. Algumas vezes apresentão-se escharas nos pontos correspondentes aos logares em que as agulhas forão introduzidas, e se a mortificação em alguns casos é superficial, em outros ella é profunda, e durante o processo que se estabelece para a sua eliminação podem-se manifestar hemorrhagias graves. Niccoli de Livourne, segundo Broca, observou um exemplo sobre um doente affectado de aneurisma da região sub-maxillar, no qual foi preciso ligar a carotida ; e, como a hemorrhagia continuasse, abriu-se largamente o sacco e empregou-se tudo para estancar o corrimento sanguineo, vindo por felicidade o doente a restabelecer-se. Em um doente de Petrequim, o aneurisma era traumatico e occupava a prega do cotovello, tendo o volume de um ovo de gallinha. Empregou-se a galvano-punctura em 5 de Junho de 1846. O aneurisma ficou obliterado no fim de 20 minutos, mas apresentou-se nos dias seguintes ligeiramente inflammado. A 10 a inflammação estava quasi extincta. A 12 as escharas que tinhão apparecido começárão a destacar-se, e deixárão aberturas por onde teve logar um abundante corrimento de serosidade sanguinolenta. Sahio a 13 um pús negro e muito fetido, e a compressão exercida sobre o tumor fez expellir coalhos negros. A suppuração durou algum tempo, o sacco se limpou e por fim cicatrisou-se.

A galvano-punctura, como as injecções coagaulantes, algumas vezes deixa de provocar a solidificação do tumor aneurismatico, e quando o cirurgião encontra um caso d'esta ordem vacilla sempre se deve continuar ou suspender a applicação. A sessão não deve nunca se prolongar por mais de 10 a 20 minutos, e é rasoavel o conselho que deu Petrequim de evitar as pilhàs muito fortes por causa das desordens que poderião produzir, bem como as pilhas muito fracas que terião o inconveniente de irritar inutilmente o sacco e de expôl-o a accidentes inflammatorios.

Quando se tenha de repetir a applicação ao mesmo caso, é preciso deíxar pelo menos correr uma ou duas semanas, e só muito excepcionalmente é que se póde ou se deve reapplicar a electricidade em um caso em que da primeira vez não se obteve nenhum resultado.

Seja como fôr, a galvano-punctura, meus senhores, apezar de suas incertezas e de accidentes graves a que pode dar logar, constitue um methodo de tratamento que não deve ser abandonado, principalmente nos aneurismas cirsoídes, e arterio-venosos. Nestes ultimos tempos forão collecciónados cincoenta casos de aneurismas tratados pela galvano-punctura, e em vinte e tres a cura foi obtida, tendo havido sete casos fataes.

Não appliquei, porém, este methodo no meu doente de anéurisma da axillar, por que não tinha á minha disposição agulhas bem preparadas, e por que a minha observação levava a confiar, como o resultado demonstrou, na ligadura da sub-clavia.

Deveria empregar o methodo indirecto a que se póde dar o nome de methodo-electro-magnetico cutaneo? Esse methodo, como sabeis, foi imaginado e applicado pelo distincto cirurgião brasileiro e habil collega o Sr. Dr. Pereira Guimarães a um doente de 40 annos de idade, pardo, de temperamento sanguineo, de constituição forte, de alta estatura e carregador de profissão, que entrou para a casa de saude de Nossa Senhora da Ajuda com

um aneurisma da carotida primitiva do lado esquerdo, no dia 5 de Janeiro de 1874.

O tumor distava dous e meio centimetros da clavicula, e estendia-se por baixo do musculo sterno-mastoidêo até chegar perto da borda superior da cartilagem thyroide. Elle tinha o volume de um ovo de gallinha, era movel e não parecia adherir ás partes circumvizinhas, superficiaes e profundas. Emfim elle era pulsatil e apresentava todos os carateres de um aneurisma espontaneo mixto-externo.

Em taes condições o Dr. Péreira Guimarães pretendia fazer a ligadura da carotida, mas as pessoas que havião enviado o doente para a casa de saude o fizerão retirar dahi no dia 17 de Janeiro.

A 3 de Outubro do mesmo anno o doente voltou de novo para a casa de saude. O tumor tinha adquirido proporções assustadoras, estendia-se até abaixo da clavicula, e tinha um volume quatro vezes maior do que em Janeiro. Crescera tão rapidamente nos ultimos dias que a cada instante o doente receiava morrer.

Entendendo o Dr. Pereira Guimarães que não era possivel tentar a ligadura, nem prudente fazer uso das injecções coagulantes ou empregar a electro-punctura, lembrou-se então de applicar a eletricidade statica sobre a superficie do tumor. Antes, porém, de lançar mão deste meio, mandou fazer sobre o tumor applicações de bexigas cheias de gelo, em cujo uso esteve o doente constantemente até ao dia 24 do mesmo mez, sem que tivesse experimentado a menor modificação em seu tumor.

No dia 25 o Dr. Pereira Guimarães applicou os dous electrodes de uma machina electrica, collocando alternativamente os polos positivo e negativo sobre os diversos pontos do tumor, ora approximando-os, ora affastando-os. Os choques erão dados por meio de uma machina de Gaefe e com a força com que se costuma dar nos casos de paralysia muscular. Sob a acção das correntes o esterno-cleido-mastoidéo, contrahindo-se forte e dolorosamente, contribuia para fazer diminuir o tumor. A applicação durava dous

minutos, sendo interrompida de vez em quando, visto o doente soffrer bastantes dores, as quaes cessavão, porém, no fim de pouco tempo.

Depois da primeira sessão, o tumor diminuira, pulsava menos e se tornava mais duro, e como se receiou provocar qualquer inflammação, se reservou a segunda applicação para o dia 27 em que forão seguidas as mesmas regras e observados os mesmos phenomenos.

No dia 30 de Outubro teve logar a terceira sessão, e no dia 2 de Novembro a quarta. No dia 3 notou-se que o tumor diminuia; a pelle porém estava rubra e tensa; havia dôr e um pouco de calor sem reacção geral. Foi empregado o gelo com o fim de resolver o estado inflammatorio, o que teve logar no fim de dous dias.

Nos dias 6 e 11 fizerão-se as duas ultimas sessões, no intervallo das quaes reproduzirão-se os phenomenos de inflammação, que cederão ao uso do gelo.

O tumor foi desde então diminuindo, tornou-se mais duro e pulsava muito lentamente; e o doente restabeleceu-se no fim de um mez, ficando o tumor reduzido a um nucleo duro e de fórma achatada como uma pequena moeda de nikel.

No caso em questão applicou-se o gelo, mas como podeis ver no trabalho que o meu illustrado collega publicou a este respeito, durante todo o tempo em que teve logar a applicação d'esse agente, o aneurisma não apresentou nenhuma modificação. Só depois que se lançou mão da electricidade statica, è que se derão os phenomenos que terminarão pela cura ou resolução do tumor.

Tem-se feito não só aqui como em outras partes da Europa, depois do caso observado pelo Dr. Pereira Guimarães, applicação desse mesmo methodo aos tumores aneurismaticos, mas os resultados ainda se apresentão muito incertos para que eu tentasse a sua applicação em um doente de aneurisma da axillar, e assim

foi á classe dos methodos indirectos que recorri para escolher o que me parecia mais proficuo.

Na seguinte conferencia vos apresentarei as razões pelas quaes dei preferencia á ligadura da sub-clavia, não o fazendo agora para não abusar da vossa attenção, e porque me sinto nimiamente fatigado.

QUINQUAGESIMA PRIMEIRA LIÇÃO

DOS ANEURISMAS

(*Continuação*)

Summario : — Na classe dos methodos indirectos está o preferido. — Estudo do methodo de Valsalva.— Em que consiste. — Condições em que ficavão os doentes. — Quantidade de sangue extrahido diariamente.— Seus effeitos sobre o aneurisma.— Experiencias de Andral e Gavarret.— Modo pelo qual se pode dar a cura.— Modificações impressas a esse methodo por Stokes do Dublim.— Justo abandono do methodo de Valsalva. — O methodo da compressão indirecta é antigo.— Modo de execução pernicioso.— Esforços de Guattani para rehabilitar esse methodo.— Uma circumstancia fortuita fez reconhecer as suas admiraveis vantagens, e levou a Tood de Dublim a recomendal-o a principio como auxiliar da ligadura e por fim como o melhor methodo do tratamento dos aneurismas.— Casos de cura.— Differença dos resultados obtidos pelos cirurgiões inglezes.— As vantagens são dependentes do modo de applicação do methodo.— Aperfeiçoamentos impressos aos apparelhos de compressão.—. Compressão indirecta digital.— Este processo é attribuido a Desault, mas foi Greatrox quem primeiro tentou emprogal-o.— Os primeiros successos felizes pertencem a Knight de Newhaven e a Vanzetti de Padua.— Joliffe Tufnell registra as suas vantagens em trinta e novo casos. —Os cirurgiões brazileiros acolhem com fervor esse processo.— Dous casos de cura obtida aqui na clinica. — Estudo da compressão indirecta mecanica e digital. — Casos de Peatson, Rizzoli e Cinizelli.— Motivos que me impedirão de imital-os.— Methodo de Brasdor.— Asth. Cooper o retirou do esquecimento.—Wardrop alarga o circulo das applicações.— Divisão do methodo em dous processos.— Estudo comparativo dos dous processos.— Resultado geral da ligadura peripherica ou do methodo de Brasdor. — Preferencia dada ao methodo da ligadura entre o tumor e o coração.—Direitos de Anel na invenção do methodo em questão.— Influencia de Hunter nos destinos desse methodo.— As operações de Anel e de Hunter se completão, e cada uma forma um methodo de tratamento.—Caracter fundamental de cada um, e resultado de um e outro methodo.— Applicação da ligadura da subclavia ao doente de aneurisma da axillar.—Relações anatomicas da arteria subclavia. —Inconvenientes da ligadura para dentro dos scalenos, ou entre esses musculos.— Processo preferido na ligadura para fóra dos scalenos.— Descripção da operação.—Applicação ao doente de aneurisma axillar.—Fio antiseptico de Lister.— Caso de ligadura da tibial posterior. — Absorpção do fio.— Phenomenos observados depois da ligadura da subclavia.— Resultado final.—Cura do doente.— Estatistica do resultado da ligadura da subclavia.— Conclusão.

Meus Senhores,

Foi entre os methodos indirectos, como já sabeis e vos disse desde a primeira conferencia sobre a questão importante dos aneurismas, que procurei o meio que entendi dever applicar ao meu doente de aneurisma da axillar.

Ha entre os methodos indirectos, e que se impõe por sua antiguidade, o methodo de Valsalva. Este pratico propoz que se empregasse uma serie de meios tendentes a produzirem pelo enfraquecimento da circulação, a coagulação do sangue contido nos tumores aneurismaticos. Os meios aconselhados por Valsalva consistião no emprego de sangrias repetidas e seguidas de repouso absoluto e de dieta mais ou menos rigorosa. Os doentes submettidos ao methodo de tratamento de Valsalva devião, com as espoliações sanguineas repetidas, ficar em taes condições que não tivessem forças para se levantarem do leito. As sangrias devião ser praticadas todos os dias, e de cada vez se devião tirar 300 a 400 grammas de sangue.

Ainda que os doentes cahissem por fim em uma anemia profunda, d'onde não podião ser retirados e restituidos ao estado normal senão depois de vencidas as maiores difficuldades, conseguio-se no tempo em que Valsalva aconselhára o seu methodo de tratamento reunir um certo numero de casos em que a cura fora alcançada.

Como se realisava a cura pelo methodo de Valsalva?

Era de observação que, com o enfraquecimente da circulação, o sangue retirado das veias apresentava uma côdea fibrinosa mais ou menos espessa, e então procurou-se saber si as sangrias trazião uma regeneração prompta da fibrina, ou se ellas pelo contrario diminuindo a actividade e energia da circulação não fazião mais do que provocar a formação de coalhos fibrinosos no sacco aneurismatico.

As experiencias tentadas a este respeito pelos professores Andral e Gavarret deixárão fóra de duvida que as sangrias em, logar de augmentarem a quantidade da fibrina contida no sangue, reduzem as suas proporções, de modo que se em 1000 partes de sangue uma primeira sangria apresentava 3,87 centesimos de fibrina em uma segunda não havia mais de 3,56 centesimos, em uma terceira, 3,08 centesimos e assim successivamente até que por fim o sangue não apresentava mais fibrina.

A' vista das experiencias tentadas sobre animaes, concluio-se com toda a razão que si o terrivel methodo de Valsalva podia offerecer algum resultado, este dependia exclusivamente do enfraquecimento da circulação permittindo que se depositassem no sacco camadas fibrinosas successivas e bem organisadas, taes como se observão nos casos de cura espontanea dos aneurismas.

Seja qual for o modo pelo qual se manifeste a cura dos aneurismas pelo methodo de Valsalva, o que é certo é que elle não offerece nenhuma garantia e colloca os doentes em um estado de anemia excessivamente grave e que lhes faz correr os maiores perigos.

O professor Stokes de Dublim propoz modificar o methodo de Valsalva, aconselhando que depois das sangrias repetidas os doentes fossem submettidos a um regimen alimenticio composto de substancias animaes e reparadoras, para que a regeneração da fibrina tivesse logar e o resultado fosse mais favoravel.

Mais ainda assim, o methodo de Valsalva, si é admissivel em certos aneurismas internos, não poderá encontrar indicações nos aneurismas cirurgicos, nem ser posto em parallelo com outros methodos indirectos que se achão ao alcance dos cirurgiões.

Não foi tambem, como sabeis, á compressão indirecta que recorri para tratar o meu doente de aneurisma axillar.

Esse methodo de tratamento havia sido aconselhado ou indicado pelos antigos, mas pela inperfeição dos meíos de que até então os cirurgiões dispunhão, foi tal o abandono e esquecimento em que elle cahira que somente nos tempos modernos veio occupar o logar proeminente que lhe competia na therapeutica dos aneurismas.

Levados pela idéa de que era preciso, para alcançar-se a cura de um aneurisma, interromper por tal modo a circulação que o tumor não recebesse a mais insignificante quantidade de sangue, os cirurgiões antigos aconselhavão que a compressão fosse levada ao ponto de fazer com que as paredes arteriaes fossem postas em uma parte limitada em contacto intimo uma com outra.

As dores que em taes condições os doentes experimentavão e os accidentes a que estes se expunhão erão de tal ordem que, no dizer de Bellimgham, se contavão por meio dessa compressão permanente e constante mais insuccessos do que resultados felizes.

A acquisição de muitos factos scientificos é algumas vezes o resultado de uma circumstancia fortuita que se manifesta sem que sejamos guiados por principios fixos, e quando tudo preparavamos para produzir resultado diverso.

Em verdade Hunter havia demonstrado que para obter a cura de um aneurisma não precisava mais do que diminuir o affluxo, ou a força da circulação sanguinea, de modo a collocar ou estabelecer o equilibrio exacto entre a propulsão do sangue e a contracção das paredes do sacco; mas não forão os conhecimentos destes factos de physiologia pathologica que retirárão a compressão indirecta do esquecimento em que havia cahido. Os esforços que havia empregado um cirurgião italiano de nome Guattani para fazer aceitar a compressão indirecta como um methodo racional, não teria recebido a mais plena confirmação, si um doente affectado de aneurisma, recusando-se á operação da ligadura e correndo o risco de morrer da ruptura do tumor, não tivesse sido curado em poucas horas por meio de uma compressão moderada da arteria acima do tumor. Este facto observado na clinica de Hutton, e um outro de natureza identica passado na clinica de Bellimgham, forão os que servirão para attrahir a attenção dos cirurgíões e fizerão com que Tood de Dublim propozesse a compressão indirecta como auxiliar da ligadura, e por fim como um methodo racional e de vantagens admiraveis no tratamento dos aneurismas.

Os resultados admiraveis que se colherão não tardárão a ser conhecidos, e por este modo Tood, publicando em 1851 a sua obra sobre aneurismas, pôde até essa época encontrar 26 casos observados nos hospitaes de Dublim e tratados pela compressão indirecta, em que a cura apenas deixou de realizar-se uma vez!

Ainda assim, neste mesmo caso, recorrendo-se á ligadura, o doente se restabelecera sem ter havido o menor risco de gangrena, como se observava algumas vezes ou muito frequentemente, quando então se fazia a ligadura da arteria!

Entre as mãos dos cirurgiões de Londres a compressão indirecta não deu resultados tão favoraveis, como os que acabei de vos indicar, e em verdade Hutchinson tendo colleccionado sessenta casos, sendo quarenta e seis de aneurisma da poplitéa, só pôde encontrar vinte e quatro casos seguidos de resultado favoravel. Em vinte e dous casos em que praticou-se a ligadura sómente em dous sobreveio a gangrena. Os insuccessos da compressão indirecta se elevão quasi a 50 % e ainda que o resultado deste methodo não fosse ulteriormente tão desfavoravel, e em uma estatistica levantada em 1860 se contassem vinte e cinco casos de cura em trinta e nove em que se praticára a compressão indirecta, ao passo que morrerão tres doentes entre dez em que se praticára a ligadura, todavia o methodo em questão não tem-se tornado tão geral entre os cirurgiões de Londres como entre os cirurgiões irlandezes.

Seja como fôr, desde que Tood de Dublim fez ver as vantagens que se obtinhão com a compressão indirecta, tratou-se desde logo de imprimir as mais salutares modificações nos meios de que o cirurgião podia servir-se para praticar essa compressão. Desses meios é que em grande parte dependião as vantagens da compressão indirecta.

Os aperfeiçoamentos impressos nos instrumentos destinados á compressão concorrerão, pois, para que este methodo fosse apreciado com mais interesse, e os cirurgiões que confiavão na efficacia e vantagens da compressão não deixárão de apresentar um apparelho que melhor podesse preencher as indicações curativas, e d'ahi proveio a quantidade enorme de instrumentos compressores que se achão á disposição dos cirurgiões para todas as exigencias da pratica e para a compressão de todas as

arterias com excepção apenas de um pequeno numero destes vasos.

Não poderia encarregar-me de fazer-vos a descripção dos apparelhos que têm sido apresentados para a compressão indirecta nos casos de aneurisma, e debaixo do ponto de vista do aneurisma que o meu doente apresentava na arteria axillar, só poderia fallar do compressor de Bourgery para a compressão da sub-clavia; mas me reservarei para o fazer em tempo opportuno.

Os inconvenientes que se tem encontrado na compressão indirecta por meio de apparelhos especiaes, fazem com que muitos cirurgiões aconselhem como mais proficuo, menos doloroso e mais seguro em seu resultado a compressão por meio dos dedos.

Este processo é, como sabeis, de data recente. Os cirurgiões francezes querem attribuir a Desault a idéa da compressão indirecta digital, mas todos os factos se apresentão para mostrarem que foi Greatrex em 1844 quem primeiro teve a idéa em um doente que se tinha recusado a soffrer a ligadura da arteria de tratal-o por meio da compressão indirecta digital, e o primeiro caso de cura de aneurisma que a sciencia regisira pertence a Knight, de Newhaven. Quando a historia deste caso foi publicada, o professor Vanzetti de Padua reclamou a prioridade da idéa, e mostrou que em 1844 elle fizera applicação da compressão digital em um doente affectado de aneurisma e que se achava em tratamento no hospital de Crakof na Russia. Ainda que essa prioridade seja contestada pelo professor Knight, não se deixa de reconhecer que a idéa tambem partio de Vanzetti, e que pelo menos foi este o primeiro cirurgião que procurou divulgar e estudar com cuidado os effeitos da compressão indirecta digital, de modo a fazer com que este meio se generalisasse e fosse acceito como um processo scientifico e digno de toda a consideração.

Os cirurgiões irlandezes partidarios em geral da compressão indirecta não tardárão em reconhecer os bons effeitos do processo

em questão, e em uma estatistica publicada por Joliffe Tufnell de Dublim forão consignados trinta e nove casos de aneurismas tratados pela compressão digital, em que com excepção de um todos os mais tiverão o mais esplendido resultado.

Entre nós a compressão indirecta ou por meio de apparelhos e por meio dos dedos tem sido acolhida favoravelmente por todos os cirurgiões, como os Drs. Pertence, França, Catta-Preta, Pereira Guimarães, Bulhões Ribeiro e Motta Maia.

Conto aqui na clinica nestes ultimos tres annos dous casos de cura pela compressão indirecta digital, sendo um de aneurisma da pediosa e outro de aneurisma da poplitéa.

Seja porém como for, acabastes de ver que a compressão indirecta pode ser feita por meio de apparelhos, ou por meio dos dedos. No primeiro caso o processo tem o nome de compressão indirecta instrumental e no segundo o de compressão indirecta digital.

Em qualquer dos dous casos póde levar-se a compressão ao ponto de interromper a circulação ou apenas de fazer com que seja diminuida em sua actividade, d'ahi os processos de compressão indirecta completa ou incompleta, bem como a compressão pode ser permanente ou intermittente.

Por meio de cada um destes processos conta-se um certo numero de casos felizes, porem os maiores successos, ou os melhores resultados tem provindo da compressão indirecta incompleta e intermittente.

Não é preciso, nem é condição essencial para a cura de um aneurisma, que seja completa a interrupção da circulação, e sobretudo que essa compressão seja permanente e limitada a um só ponto da arteria acima do aneurisma.

Um collega que actualmente exerce com muita intelligencia a clinica em Pedro do Rio, soffrendo de um aneurisma da poplitéa, ficou completamente restabelecido exercendo a compressão digital sobre a arteria crural durante duas a tres horas por dia.

Não ha sem duvida methodo algum de tratamento dos aneurismas que possa ser collocado em parallélo com a compressão indirecta, e com razão pergunta Follin qual é o methodo que em trinta e nove casos dá trinta e oito curas. Ha pouco tempo forão transladadas para a *Gazeta dos hospitaes* de Paris as lições que Holmes professára no collegio real dos cirurgiões de Londres acerca do tratamento dos aneurismas, nas quaes adduz importantes observações sobre os resultados admiraveis da compressão nos aneurismas da axillar. Um individuo de 33 annos consultou a Peatson de Manchester sobre um pequeno aneurisma da axillar que passou em um mez do volume de uma noz ao de uma laranja. Peatson resolveu empregar a compressão digital. Em consequencia disso reunio oito estudantes, e em seu proprio domicilio sob sua direcção e de um collega a compressão foi exercida tanto quanto fôra possivel por espaço de tres mezes ao termo dos quaes o doente foi considerado como fóra de perigo e capaz de voltar para a sua casa. A compressão foi principiada a 18 de Setembro na posição assentada, um ajudante comprimindo a arteria contra a primeira costella em quanto que outro verificava o pulso, os dous se encarregando do quarto por tres horas, de modo que os oito alumnos dividião entre si o trabalho do dia inteiro. O doente não podia supportar a cessação completa do pulso alem de dous a cinco minutos. Elle se queixava fortemente de nevralgias no braço e de entorpecimento da pelle, de insomnia e de cansaço occasionado pela posição assentada Entretanto no fim de poucos dias, ou de 23 a 26 de Setembro, começou-se a observar que de tempos a tempos o pulso parava durante alguns minutos, e isto animava a perseverar ; logo depois se alternou de tempos a tempos a compressão abaixo com a compressão acima do tumor. Na primeira quinzena de Outubro este tinha evidentemente diminuido de volume. Na segunda quinzena não apresentava pulsação durante alguns segundos ; no fim do mez era manifesto que a parte inferior do sacco se consolidava. As melhoras augmentárão

durante o mez de Novembro e se verificou que a compressão obrava mais efficazmante quando a espadua do doente era deprimida e o pescoço dobrado, de modò a pôr as partes em relaxamento. Descobrio-se um novo meio de fazer parar a circulação e que consistiu em repellir o tumor para cima de modo que este fazia pressão sobre a arteria. No fim de Novembro observou-se distinctamente um vaso sanguineo na parte superior do sacco, e suas pulsações podião ser sentidas até á parte inferior deste ultimo. O tumor diminuio gradualmente de volume, de maneira que se pôde fazer a compressão abaixo da clavicula. Emfim a 6 de Dezembro o doente pôde voltar para a sua casa, e como se verificassem algumas leves pulsações na parte superior do tumor onde este era mais proeminente, a applicação ulterior da compressão foi confiada á propria mulher do doente a qual havia aprendido a fazel-a convenientemente e tinha ajudado em algumas occasiões durante os ultimos tempos que seu marido permanecera em casa do Dr. Peatson.

O tumor não tinha mais que um terço de seu volume primitivo. Podia-se sentir o pulso, mas não distinctamente. O braço estava edemaciado, e até certo ponto havia perdido os seus movimentos. A pelle tinha soffrido muito nos pontos da compressão e apresentava numerosas ulcerações. O doente havia emmagrecido bastante, mas a saude geral tinha melhorado. Sua mulher executou as instrucções que lhe havião sido dadas para exercer a compressão de um modo intermittente, mas logo depois abandonou-a, e o tumor desappareceu gradualmente, todo o ruido cessou, e seis mezes depois da primeira applicação, 13 de Junho de 1864, se verificou que o doente estava curado. Sómente o braço ainda parecia dotado de certa fraqueza com quanto podesse executar todos os movimentos.

Rizzoli apresentou á sociedade medico-cirurgica de Bolonha em 26 de Janeiro de 1873 um doente de aneurisma da axillar, ainda em condições mais desesperadas que o precedente, em quem a

cura fôra obtida por meio da compressão mecanica. O tumor tinha oito centimetros de comprimento e quatro de largura, estava situado na região sub-clavicular direita e estendendia-se para a axillar que elle occupava quasi em sua totalidade.

Por espaço de alguns dias tentou-se com muito cuidado a compressão digital, mas esta foi improficua, e por isso lançou-se mão da compressão mecanica intermittente. Esta foi feita a principio durante o dia por convalescentes da enfermaria, aos quaes se industriou no modo de applicação e acção do compressor, mas algum tempo depois foi sustentada dia e noite, e logo que o aneurisma desappareceu no concavo axillar applicou-se um torniquete de duas hastes, cujas pelotas forão fixadas uma acima da região clavicular, outra na parte profunda da axilla. A cura se manifestou gradualmente; não ficou senão um nucleo duro e pequeno sem pulsação alguma na fossa supra-clavicular, sentindo-se como d'antes a sub-clavia larga, espessa e atheromatosa.

A proposito deste caso o professor Rizzoli referio a historia de um menino de 10 annos de idade que foi em 1865 tratado com pleno successo pelo Dr. Ciniselli de um aneurisma traumatico da axillar por meio de compressão, tendo o Dr. Dutoit chegado em 1871 a obter a cura de um outro aneurisma do mesmo genero em seis dias em que o submetteu a arteria á acção da compressão.

A respeito das vantagens deste methodo de tratamento não se póde ter hoje a mais pequena duvida, mas essas vantagens são rodeadas de tantas difficuldades, exigem tantos sacrificios da parte do cirurgião e dos doentes, que estes principalmente são os primeiros a recusarem ou a subtrahirem-se aos beneficios que se lhes quer proporcionar, por que sentem as dores da compressão e não observão desde logo os seus resultados.

Ha além disso muitas condições que podem modificar o resultado da compressão indirecta, por modo que não se póde assegurar que por meio d'ella ha de ser dispensado o emprego de qualquer outro methodo; e em relação ao meu doente de aneurisma

axillar não tinha á minha disposição todos os meios necessarios para a compressão mecanica, e as maiores desvantagens encontraria se acaso fosse empregar o apparelho compressor de Bourgery (fig. 30).

Este apparelho tem, como sabeis, uma pelota peitoral A que se applica parallelamente á clavicula de modo que ella cobre o concavo sub-clavicular, e sobre ella se adapta a placa B, revestida

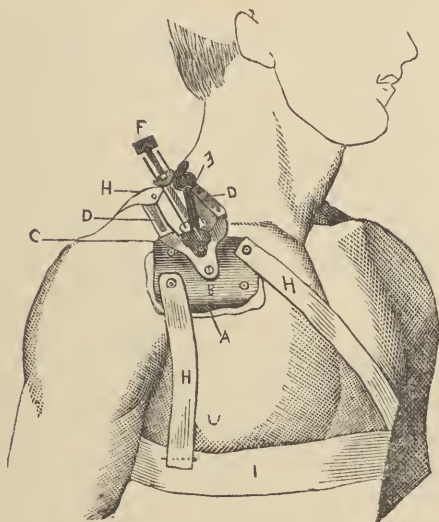



Fig. 30. — Apparolho de Bourgery para a compressão da arteria sub-clavia.

da placa em forma de ferradura D,D que se abaixa sobre o trapezio, prendendo-se estas duas partes em sua posição respectiva por meio de correias anteriores e posteriores H,H, fixadas a uma atadura de corpo I.

As duas hastes da alavanca E são por meio de sua articulação inclinadas convenientemente para que a haste F da pelota fique perpendicular ao trajecto da arteria, isto é, obliqua para baixo, um pouco de fóra para dentro e de traz para diante, afim de que

a pelota possa comprimir sobre a primeira costella e immediatamente para fóra dos scalenos.

A pelota clavicular ficaria com este apparelho sobre o tumor aneurismatico do doente; e vós sabeis que exercendo-se uma compressão directa sobre o sacco o resultado poderia ser muito grave.

O apparelho aqui teria ainda o inconveniente de fazer a compressão sobre uma extensão muito limitada da subclavia, quando o grande objectivo da compressão indirecta está em que a compressão seja alternada.

Assim nos aneurismas como da poplitéa etc., um apparelho como o de Benjamim Anger (fig. 31) preenche perfeitamente bem as indicações. Elle se compõe de uma goteira A, e de tres arcos metallicos C,C,C presos de um lado á goteira e de outro lado a uma haste horisontal B. Cada arco tem um porta-haste G, que dá passagem a uma haste de compressão D,D, terminado pelas respectivas pelotas E,F. Applica-se a goteira acima do tumor aneurismatico K, e comprime-se a arteria C nos pontos E,F. Só assim não se daráõ os inconvenientes de uma pressão limitada, tanto mais perigosa quanto ella seria feita sobre a arteria sub-clavia, em cujas proximidades passão os ramos do plexo brachial, cuja compressão o doente não poderia supportar um só instante.

Não era possivel pensar senão na compressão indirecta digital. Mas como sabeis este processo exige para ser executado um certo numero de auxiliares bem dispostos e dedicados. Estou certo que não terieis recusado o vosso concurso, entretanto não quiz delle utilisar-me, por que não podia contar que em poucos dias o aneurisma estivesse solidificado, e observava um desenvolvimento muito pronunciado que exigia um meio mais prompto e mais rapido em sua acção.

Termo medio, a compressão indirecta não exige menos de 19 dias de tratamento, e em alguns casos tem sido necessarios de 60 a 90 dias.

Não quero com isto dizer que não se possa fazer a compressão dos vasos cervicaes com muita vantagem, não : existem muitos

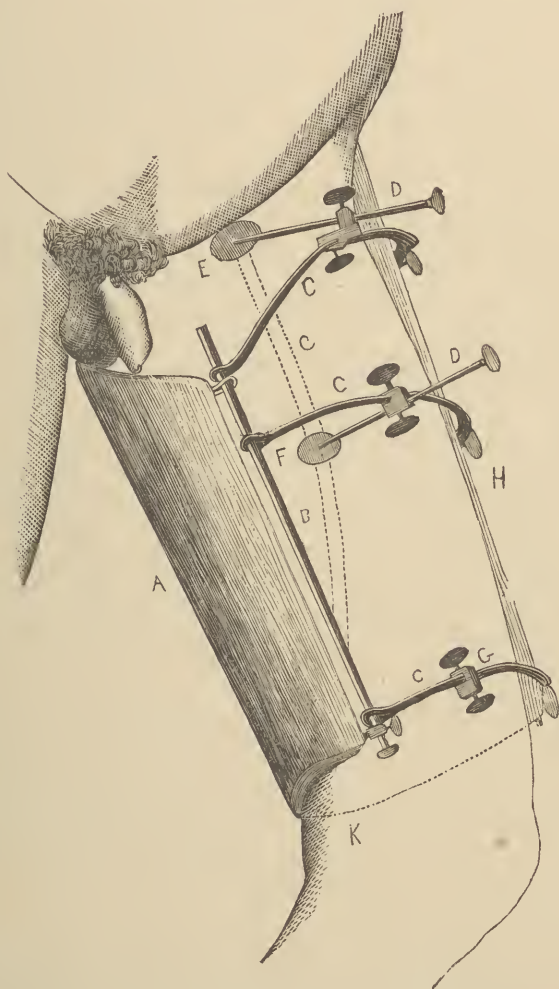



Fig. 31. — Apparelho de Benjamim Anger para a compressão permanente das arterias aneurismaticas do membro abdominal.

casos interessantes até de aneurismas da ophthalmica, curados pela compressão indirecta da carotida primitiva, mas no doente de

aneurisma axillar julguei que a compressão indirecta, pelas razões que vos apresentei, não poderia convir nem offerecer vantagens que garantissem a sua applicação.

Tinha o methodo que consiste na ligadura da arteria logo abaixo do sacco ou entre este e a parte peripherica do vaso. Este methodo de tratamento imaginado por Brasdor e indicado em seus cursos por Desault para os casos em que o aneurisma não podia ser tratado pelos outros meios conhecidos, deo em mãos de Deschamps que foi o primeiro cirurgião a pôl-o em execução em um doente de aneurisma da crural o mais deploravel resultado, e sua sorte teria sido fatalmente sacrificada se Asthley Cooper não tivesse conseguido em um caso de aneurisma da fossa iliaca interna, por meio da ligadura da femoral, melhoras consideraveis no estado do doente. Os cirurgiões inglezes começárão a estudar as consequencias que poderia ter a ligadura de uma arteria abaixo do sacco, e a Wardrop coube não sómente o merito de explicar o mecanismo da cura pelo methodo de Brasdor, e indicar as condíções necessarias para o seo bom exito, como tambem a gloria de ser o primeiro a consignar um caso de aneurisma carotidiano tratado pela ligadura peripherica e seguido do mais esplendido resultado.

Novas tentativas se fizerão, ora coroadas de successo ora seguidas de resultados funestos, e por fim ficou estabelecido que sómente os aneurismas de certa ordem, como os do tronco brachio-cephalico, os da subclavia e carotida, e alguns da aorta abdominal poderião ser modificados e até curados por meio do methodo de Brasdor.

A' primeira vista deveria parecer-vos que a ligadura da arteria, para fóra do sacco, traria como consequencia a distensão do tumor e as melhores condições para qne a ruptura do sacco não se fizesse esperar. Um pouco de reflexão de vossa parte bastará para dissipar este erro. Quando se liga uma arteria, o sangue que para ella afflue, não encontrando facil passagem vae ficando estagnado

e retido até que por fim se coagula desde o ponto da ligadura até á collateral superiormente collocada. E' bastante, pois, que a circulação seja embaraçada, para que se manifeste a tendencia de coagulação no sangue. Wardrop querendo alargar o circulo das applicações do methodo de Brasdor mostrou que se podia não só ligar a arteria immediatamente para fóra do sacco sem collateral entre este e o ponto ligado, como tambem passar a ligadura na arteria ficando entre esta e o sacco algum ramo emergente porque mesmo neste caso a divisão obrigatoria da onda sanguinea fazia com que a circulação tornasse-se menos intensa no sacco, e que este diminuisse de volume e ficasse mais flacido ou mais abatido.

Um caso de ligadura da subclavia praticada por Wardrop em virtude de um aneurisma da arteria brachio-cephalica em que a cura se manteve por espaço de 17 mezes, deu a confirmação pratica dos principios estabelecidos por esse cirurgião, e desde logo outros factos como os de Evans e Fearn, em que em aneurismas da mesma especie se praticou com vantagem a ligadura da carotida primitiva, deixárão fóra de duvida a possibilidade da cura dos aneurismas ainda mesmo que se deixe entre a ligadura periphenica e o sacco algum ou alguns ramos emergentes.

Deste modo foi estabelecido no methodo de Brasdor dous processos, segundo se deixa ou não entre o sacco e o ponto da ligadura alguma collateral. O primeiro processo conserva o nome do seu auctor qne foi — Brasdor — o segundo é conhecido com o nome de processo de Wardrop.

Sob o ponto de vista pratico parece que o processo de Brasdor, no qual a ligadura é passada abaixo do sacco sem deixar collateral alguma, é mais rodeado de perigos do que o processo de Wardrop em que fica entre a ligadura e o sacco algum ramo collateral.

Ao menos o estudo comparativo dos factos me leva a attribuir maiores vantagens ao processo de Wardrop do que ao de

Brasdor, tanto mais quanto neste ultimo caso se deve provocar mais vezes a formação de coalhos passivos, e no processo de Wardrop se dará mais tendencia á formação de coalhos fibrinosos ou activos.

Os resultados entretanto do methodo de Brasdor são geralmente muito duvidosos, e quasi sempre a cura constitue uma excepção. O aneurisma ou conserva-se estacionario por algum tempo e depois começa a desenvolver-se, ou então o seu crescimento torna-se manifesto logo após a ligadura peripherica, e por este motivo só se tem reservado a sua applicação para os casos em que não é possivel empregar-se qualquer dos outros methodos de tratamento, e principalmente para os casos de aneurismas da raiz do pescoço.

Foi, pois, levado pelas considerações expostas até aqui que resolvi lançar mão do methodo da ligadura entre o tumor e a porção central ou cardiaca da arteria. Esse methodo de tratamento dos aneurismas, ainda que, segundo Hodgson, fosse indicado pelos cirurgiões da mais remota antiguidade, não recebeu a sancção da pratica senão em 1710. Conhecido na Italia, na Allemanha e na Inglaterra sob o nome de methodo de Hunter, elle é com toda a razão descripto pelos autores francezes com o nome de methodo de Anel.

O erudito professor Broca demonstrou com taes documentos os direitos de Anel que não se póde ter hoje a menor duvida de que foi este o primeiro cirurgião que concebeu e realisou com feliz resultado a idéa de tratar os aneurismas por meio da ligadura da arteria acima do tumor.

Mas não sei, nem me parece muito claro que Anel fosse guiado para executar essa operação por principios que se affastassem grandemente das idéas que reinavão na sciencia, não somente em relação ás consequencias dos aneurismas, como acerca do mecanismo pelo qual a cura podia effectuar-se.

Em todo o caso a operação de Anel, meus senhores, não causou grande impressão e se um ou outro cirurgião, como aliás

não resta duvida, a empregou, ora com vantagem ora com máo resultado, não foi isto sufficiente para que ella se generalisasse e para que não se continuasse a curar os aneurismas exclusivamente pelo methodo antigo da abertura do sacco, chamado, como sabeis, methodo de Antyllus.

Foi preciso que Hunter 70 annos depois demonstrasse a não deixar duvida que para se curar um aneurisma não se precisava mais do que restringir o impulso da onda sanguinea, e que collocando-se uma ligadura muito acima do tumor, por modo a não interromper em totalidade o accesso do sangue até ao sacco, se preenchião perfeitamente bem todas as indicações curativas, para que surgisse de novo o methodo de Anel, e até houvesse quem quizesse negar a Hunter a menor originalidade nas idéas e principios que havia estabelecido.

Si em 1785, poucos mezes antes que Hunter apresentasse a observação do caso em que deu a confirmação pratica dos seus principios, Desault tratou com bom resultado pelo methodo de Anel um doente de aneurisma da poplitéa, não se pode d'ahi concluir, como quer o professor Broca, que foi o conhecimento desse caso que fez com que Hunter tratasse o seu doente de aneurisma da poplitéa pela ligadura da arteria entre o tumor e coração. Não posso, meus senhores, descobrir no procedimento que teve Danault, ideas diversas das que teve Anel quando pela primeira vez executára a sua operação; e tanto Hunter, como muitos outros cirurgiões illustres em principios de 1785 desconhecião ou nem sabião que existira alguem que tivesse praticado a ligadura da arteria acima do tumor, que, chamado para ver em consulta um doente de aneurisma aos cuidados de Ford, achou que a unica operação admissivel —que era a abertura do sacco— não podia ser praticada!

Foi alguns mezes depois que elle concebera o meio que hoje conserva o seu nome; e si actualmente nenhuma duvida resta que a operação de Hunter seja um processo do methodo de Anel, os

principios em que ella se fundou forão tão novos e originaes, que se pode afoutamente dizer que a Hunter se deve tambem uma das mais brilhantes descobertas dos tempos modernos!

Hunter, é bem verdade, executando a sua primeira operação, comprehendera a veia na ligadura da femoral acima do annel do terceiro adductor em um aneurisma da poplitéa, mas, si a execução foi detestavel, as idéas que o dominavão não deixárão de produzir uma revolução no tratamento dos aneurismas, e tanto que Desault tendo de tratar um segundo doente de aneurisma da poplitéa, fez a ligadura da arteria, mas admittindo os preceitos de Hunter, isto é, fez a ligadura não a duas pollegadas acima do tumor, como no primeiro operado, mas em um ponto elevado atrás do costureiro! Se Hunter ligára a veia, Desault para descobrir a arteria cortára o musculo costureiro; o doente de Hunter restabeleceu-se, o de Desault falleceu!

A Hunter cabe tanto como a Anel a invenção da ligadura da arteria entre o sacco e o coração, mas se este precedeu áquelle, aquelle adiantou-se a este na grandeza e brilho da idéa, e sem Hunter o methodo de Anel não se desenvolveria.

As duas operações se completão reciprocamente e constituem dous processos do grande methodo da ligadura entre o sacco e a extremidade central da arteria.

Talvez houvesse mais razão em designar como methodo cada uma d'essas operações, e dizer, como os inglezes, methodo de Hunter e methodo de Anel, mas não me desviarei da classificação dos cirurgiões francezes, cujos trabalhos acerca d'esta questão vos são mais familiares.

Seja como fôr, o processo ou methodo de Anel consiste na ligadura da arteria logo acima do sacco, ou sem que fique collateral alguma entre este e o ponto ligado. O processo ou methodo de Hunter consiste na ligadura da arteria muito acima do sacco deixando entre este e o ponto ligado uma ou mais collateraes as quaes por meio das anastomoses continuão a entreter

a circulação no tumor aneurismatico. O caracter fundamental do methodo de Anel é que entre a ligadura e o sacco não fique nenhum ramo arterial, o do methodo de Hunter é que se deixe um ou mais ramos collateraes.

Os resultados que se observão debaixo de ponto de vista da applicação d'esses dous methodos ou processos são differentes um do outro. Com effeito applicando-se a ligadura immediatamente acima de um tumor aneurismatico ou sem deixar nenhum ramo entre o sacco e o ponto da ligadura, como podereis ter occasião de fazel-o algumas vezes, o que deverá resultar? Resulta uma interrupção de todo o accesso do sangue para o tumor, seguindo-se a coagulação immediata, com formação de coalhos molles e friaveis, chamados, como sabeis, coalhos passivos, que estão sujeitos a desaggregação e a passarem, pela irritação produzida pela ligadura, por um processo inflammatorio que se communica ao sacco e produz a sua mortificação.

Não ha muitos mezes que pratiquei a ligadura da arteria femoral em um doente de aneurisma da parte inferior d'esta arteria, segundo o mothodo de Anel, pois que entre o tumor e a ligadura não deixei nenhum ramo collateral.

Obtive a solidificação completa do tumor, mas este não diminuio de volume, e no decimo quinto dia, quando a ferida já estava cicatrisada, elle começou a desenvolver-se, e a tornar-se molle, fluctuante e sensivel á pressão. O repouso, os banhos e cataplasmas forão insufficientes para debellarem esse estado, e receiando que a pelle se adelgaçasse e o tumor viesse a romper-se, resolvi fazer uma puncção com o aspirador de Dieulafoy, por meio do qual extrahi 180 grammas de um liquido bastante negro, semelhante a borra do vinho. No dia seguinte o sacco se achava sensivel, e a pelle rubra e o doente estava febril. Resolvi fazer uma nova puncção com um trocater de hydrocele, e instalar um tubo de drainage, por onde teve logar o corrimento de uma sanie de côr escura e fetida. Por meio de lavagens antisepticas o

corrimento tornou-se francamente purulento, o tumor foi abattendo e no fim de 30 dias o doente achava-se restabelecido, sem deixar de correr muito risco durante essa phase da cicatrisação do sacco aneurismatico.

No methodo ou processo de Hunter a cura se estabelece por um mecanismo inteiramente diverso. Deixando entre a ligadura e o tumor uma ou mais collateraes, como por exemplo na ligadura da femoral abaixo do triangulo de Scarpa, em virtude de um aneurisma da poplitéa, o sangue continuando a passar livremente pela femoral profunda e d'ahi pelas articulares do joelho com as quaes se anastomosa, penetra na parte superior da poplitéa, onde cessa o grande movimento de expansão, mas continúa uma circulação supplementar mais branda, e que se póde bem apreciar por um ruido de sopro e por uma leve pulsação que o tumor apresenta no fim de 12 a 24 horas. Por meio do methodo ou processo de Hunter não se supprime ou não se interrompe em sua totalidade a circulação sanguinea na arteria; diminue-se em seu maximo o impulso da onda sanguinea, e d'ahi resulta uma coagulação lenta e gradual do sangue, ou um trabalho de organisação dos coalhos fibrinosos ou activos, os quaes pela retractilidade de que são dotados diminuem as proporções do sacco, e concorrem para que a absorpção gradual dos coalhos passivos tenha logar.

Quanto á execução o processo do Hunter é geralmente mais facil do que o de Anel, mas tudo isso está subordinado á arteria que tem de ser ligada.

As vantagens do processo de Hunter são incontestaveis e superiores ás do processo de Anel, mas não podeis d'ahi tirar a illação de que essas vantagens sejão absolutas, ou que o resultado desse processo seja sempre favoravel.

Por meio da ligadura segundo o processo de Hunter cessão as pulsações intensas e o movimento de expansão, mas o doente não fica isento dos mais graves accidentes que se traduzem pela

gangrena do membro, inflammação do sacco, fleimão diffuso e hemorrhagias pelo extremo superior da porção da arteria que fôra ligada. De todos esses accidentes os mais frequentes são a gragrena e as hemorrhagias. Em certas regiões o maior perigo está nas hemorrhagias, e na inflammação do sacco ou no fleimão diffuso da parte em que se tem applicado a ligadura. A gangrena póde ser immediata ou consecutiva e depender da interrupção absoluta do sangue, ou da coagulação d'este em virtude de uma arterite peripherica.

Sua marcha é progressiva e terminará fatalmente si não recorrerdes sem perda de tempo, ao menor signal, á amputação da parte correspondente á ligadura. Mas apezar dos accidentes a que expõe o methodo da ligadura das arterias em casos de aneurismas, ainda assim elle é o mais seguro ou mais certo em resultados beneficos, e pelas rasões que já vos apresentei não tive duvida em preferil-o para tratar o meu doente de aneurisma da axillar, recorrendo então á ligadura da subclavia. Esta arteria (fig. 32) constitue, como sabeis, um grosso ramo que procede no lado direito do tronco brachio cephalico e do esquerdo directamente da crossa da aorta, e se estende d'ahi até a clavicula atravessando o espaço triangular formado pelos musculos scalenos anteriores e posteriores. As relações que ella apresenta em seu trajecto, obrigão a dividil-a em porção que fica para dentro no méio e para fóra dos scalenos. Na primeira porção do lado esquerdo ella tem adiante —a veia subclavia que a cruza perpendicularmente,— bem como o pulmão e os nervos pneumogastrico e diaphragmatico que lhe são parallelos, e se acha coberta pelos musculos sterno-hyoideo e thyroidiano, atraz ella repousa sobre a columna vertebral de que é separada pelo musculo longo do pescoço e canal thoracico, tendo ao lado a carotida e por fóra a pleura. No lado direito além do que vos indiquei ella corresponde adiante á reunião da veia jugular interna e subclavia, e tem atraz a pleura e o nervo recorrente.

Na segunda porção ou ao nivel dos scalenos a subclavia g não fornece ramo algum e está em relação com a borda interna do scaleno anterior, que a separa da veia subclavia, h.

Na terceira porção ou para fóra dos scalenos ella se acha em um pequeno espaço triangular formado para dentro por estes musculos, em cima e fóra pelos ramos de plexo brachial b, e pelo omo-hyoidêo d em baixo pela clavicula e mais immediatamente pela

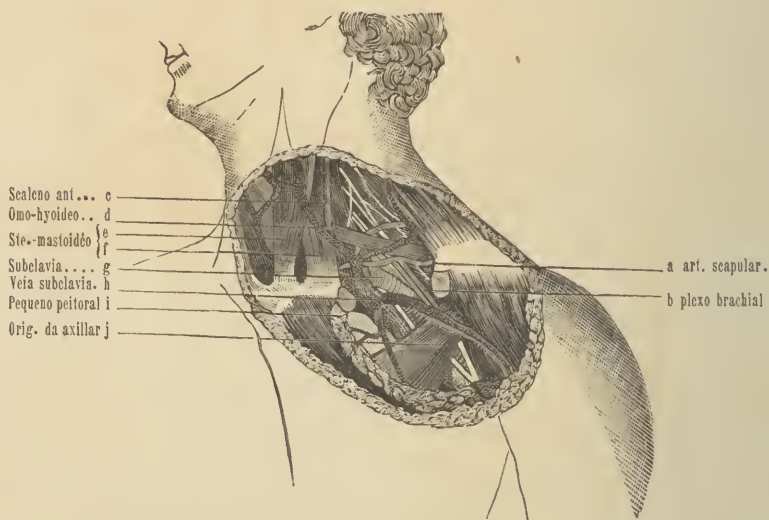



Fig. 32. — Relações da subclavia. A clavicula foi retirada. Arteria g; veia h, fora dos escalenos c e acima do musculo pequeno peitoral i; o musculo omo-hyoideo d cruzando o plexo brachial b passa por cima da arteria scapular superior a; insersões internas e externas, e, f, do sterno-mastoidêo.

primeira costella ao lado externo de cujo tuberculo ella se acha collocada. A veia subclavia se acha ao lado interno da arteria cuja direcção é cruzada pela veia jugular externa quando se lança na veia subclavia.

Os ramos que partem da subclavia são a thyroidiana inferior, a vertebral, a cervical posterior, a mamaria interna, a supra-escapular, a acromial e a scapular commum.

Das disposições e relações que guarda a arteria subclavia com as partes circumvizinhas, pode-se concluir que é excessivamente difficil e rodeada de muitos perigos a ligadura dessa arteria para dentro dos scalenos. Colles de Dublim praticou pela primeira vez esta ligadura em 1811, e perdeu o seu doente. Todos os outros cirurgiões que têm imitado o seu procedimento não forão mais felizes.

A ligadura entre os scalenos é tambem perigosa por se poder ferir o nervo phrenico e os collateraes que nascem nas proximidades d'essa porção da arteria. D'ahi o preceito seguido por todos os cirurgiões de ligar a subclavia a menos que não se dêm indicações particulares para fóra dos scalenos.

Foi a ligadura dessa porção da arteria que tambem preferi para curar o meo doente de aneurisma da axillar.

Ha diversos processos; porem o mais simples e o de mais facil execução é o de Hogdson. Foi o que eu adoptei.

Elle consiste em uma incisão que começa a 2 centimetros da extremidade sternal da clavicula e d'alli se dirige parallelamente á direcção deste osso, na extensão de 9 centimetros, ou desde a borda externa do sterno-mastoideo até á borda interna do musculo trapesio, e a um centimetro acima da borda superior da clavicula (fig. 33).

Depois de feita esta incisão que apenas deve interessar a pelle e o tecido subcutaneo, introduz-se em um dos angulos da ferida uma tenta-canula, que é dirigida no sentido horisontal, e sobre ella corta-se o cuticular e a aponevrose superficial, tendo-se por esta occasião o cuidado de poupar a jugular externa, descobrindo-a e affastando-a com uma erigna para cima. Affastão-se então os labios da incisão e, procurando-se com o dedo reconhecer a borda interna do sterno mastoidêo e o ponto por onde passa a primeira costella, percebe-se logo a pulsação da arteria no fundo da ferida. Incisa-se com a maior precaução, guiado pela tenta-canula, a aponevrose profunda e todos os tecidos que se achão adiante della, e examinando-se de novo o fundo da ferida

trata-se de reconhecer a borda externa do scaleno anterior (d) por onde se encaminha o dedo até descobrir em baixo a insersão daquelle musculo na primeira costella, ponto este em que a arteria (b) denuncia-se por suas pulsações. Affasta-se sobre a clavicula a veia jugular (c) que está adiante do musculo, e guiando-se pelo dedo que deve permanecer sobre o tuberculo da primeira costella, o cirurgião isola a arteria em um ponto limitado de sua circumferencia ou na extensão sufficiente para passar

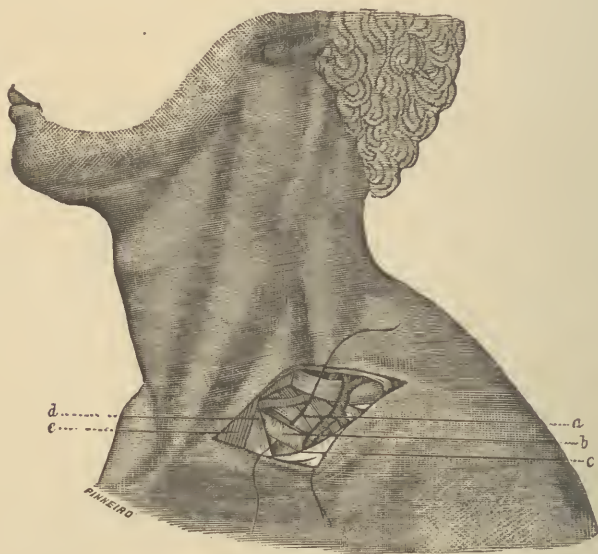



Fig. 33.— Ligadura da subclavia para fóra dos scalenos segundo o processo de Hogdson.

a tenta-canula. Verificado que a arteria está perfeitamente isolada de qualquer parte importante ou de algum ramo de plexo-brachial (a) passa-se de cima para baixo e de dentro para diante uma agulha munida de um fio pelo rêgo da tenta-canula, e logo que a ponta da agulha apparece em baixo, prende-se a ponta do fio, e retirados os instrumentos procede-se lenta e gradualmente á ligadura.

Segui no meu doente todos os preceitos que acabei de vos indicar. Fil-o deitar na meza das operações e o submetti a acção do chloroformio.

Já estava preparado o apparelho instrumental que se compunha de bisturis, tenta-canulas, thesouras, agulhas para costura metallica, fios-antisepticos, esponjas phenicadas e o competente apparelho para as pulverisações do acido phenico. Logo que a anesthesia tornou-se manifesta, inclinei a cabeça do doente, para o lado direito e abaixando a espadua esquerda, tanto quanto fôra possivel, pratiquei as incisões respectivas, e descobrindo com facilidade a arteria tratei de proceder á sua ligadura.

Fig. 34. — Aneurisma da arteria plantar direita, curada por meio da ligadura da tibial posterior, depois de experimentada sem resultado a compressão indirecta digital.

Em logar do fio de sêda ou de linho me servi para isso do fio antiseptico de Lister.

Já está hoje demonstrado pratica e experimentalmente que essa especie de ligadura é tolerada perfeitamente bem pelos tecidos, e que a sua absorpção ou conservação entre os tecidos vivos póde ter logar com muita facilidade.

Não vos deveis ter esquecido de um individuo que occupou em 1875 o leito n. 3 d'esta enfermaria em virtude de um aneurisma traumatico da arteria plantar esquerda (fig. 34). O doente

referio que havia 5 annos fôra ferido no pé por um vidro, e que a ferida que d'ahi resultára se cicatrisára com facilidade, mas que tres annos depois appareceu no ponto correspondente uma elevação que fôra pouco a pouco tomando grande desenvolvimento e o impossibilitando de andar.

Passando a examinal-o encontrei na face plantar do pé esquerdo, mais proximo da borda interna que da externa, um tumor que começando a 2 centimetros do calcaneo elevava-se insensivelmente até perder-se no meio da planta do pé, tendo 8 centimetros de diametro longitudinal e 10 de diametro transversal. A pelle que o cobria era de côr rôxa e apresentava a linha cicatricial resultante da ferida que alli existira.

O tumor era elastico, tenso, pulsatil, dotado de expansão, e de pulsações isochronas á radial, as quaes cessavão quando se comprimia a tibial posterior ao nivel do maleolo interno. A escuta fazia descobrir um ruido de sopro que coincidia com a diastole arterial e a systole cardiaca.

Estabelecido o diagnostico de um aneurisma da arcada plantar, resolvi empregar a compressão indireta digital, e desde o dia 1 de Setembro até ao dia 15 foi empregada a compressão de 4 a 7 horas por dia. Como o tumor não houvesse apresentado qualquer modificação e o doente instasse por algum meio mais efficaz, resolvi por conselho de meu collega e distincto cirurgião Dr. Pereira Guimarães experimentar a compressão de todo o membro por meio de uma atadura elastica que se estendia desde os dedos do pé até á parte média da perna. A compressão durava 20 minutos e foi renovada por espaço de 4 dias sem vantagem alguma.

A' vista d'isto procedi no dia 3 de Outubro á ligadura da tibial posterior logo acima do maleolo. Lancei mão do fio antiseptico de Lister ; cortei as pernas do fio bem rente do nó e reuni toda a ferida por meio de fios de prata, empregando com rigor todos os meios anti-septicos aconselhados por aquelle

cirurgião para as operações é para o curativo das feridas de tal ordem.

O pé e perna forão immobilisados em uma goteira, onde permanecerão por espaço de 9 dias, no fim dos quaes, levantado o apparelho curativo e retirados os fios metallicos, encontrei a ferida unida por primeira intensão em todos os pontos. O tumor se achava duro e consistente e não offerecia nenhum ruido de sopro nem a mais leve pulsação.

O doente ainda conservou-se na enfermaria até ao dia 30 em que elle por se achar com o tumor reduzido a um pequeno volume pedio e obteve a sua alta.

Procedi pelo mesmo quando fiz a ligadura da subclavia em meu doente de aneurisma axillar; cortei as pernas do fio bem rente ao nó, e uni a ferida por seis pontos de fio de prata, e depois de cobril-a com a tela protectora, appliquei as seis folhas da gaze phenicada e sobre a parte correspondente ao espaço ou fossa supra clavicular deitei uma compressa de algodão bastante espessa, e sobre esta o impermeavel, sustentando todo o apparelho por meio de uma atadura phenicada que envolveu a região cervical lateral, a espadua e braço, sem exercer a menor pressão sobre o tumor aneurismatico.

Feita a ligadura, cessárão immediatamente as pulsações não sómente no tumor como na radial do mesmo lado. O tumor tornou-se menos tenso e parecia mais abatido.

No dia seguinte (23 de Junho) o doente, como observastes, queixou-se de sensação de formigamento ao longo do braço até ás mãos. Não havia pulso radial esquerdo, mas no lado direito, aquelle era vibrante, cheio e se elevava a 112 pancadas por minuto. A temperatura era apenas de 38 gráos. Havia sêde e anorexia.

Prescrevi uma bebida nitrada com tintura de aconito e agua de louro-cerejo.

No dia 26 foi levantado o apparelho curativo. O braço se achava ligeiramente edemaciado, mas sem rubor e sem offerecer

differença apreciavel de calor com as partes circumvisinhas e com o membro opposto. O tumor conservava o mesmo volume notado logo apoz a ligadura; parecia, entretanto, mais duro e mais circumscripto do que antes da operação. Os labios da solução de continuidade se achavão collados intimamente e a pressão fez transudar do seu angulo externo alguma humidade sanguinolenta. Havia infiltração nos tecidos ao redor, mas sem grande calor nem rubor. Pulso 112; temperatura 38,1.

Continuava a sede e a anorexia. O doente queixava-se de que não havia evacuado desde o dia 23.

Assim como foi levantado debaixo da influencia das pulverisações phenicadas o apparelho curativo, pelo mesmo modo renovei a applicação de um outro, construido sob os mesmos principios, e prescrevi, além da bebida diluente precedente, um clyster de infusão de persicaria, electuario de senne e assafetida.

No dia 30 foi levantado o apparelho pela segunda vez, não se tendo dado nenhum phenomeno notavel nos dias anteriores. Persistia a edemacia no braço com sensação de formigamentos até aos dedos. Não havia pulsação radial, mas encontrava-se profundamente ao longo da brachial uma pulsação muito tenue e muito lenta. O tumor se achava mais duro e parecia mais retrahido do que foi observado depois do primeiro curativo. A ferida tinha os seus labios approximados, mas dava sahida a uma pequena porção de liquido sero-purulento. Pulso 98; temperatura, 38. A sede havia cessado, o doente dormia tranquillo, e o appetite não lhe voltára.

Retirei tres pontos metallicos, e appliquei novo curativo conforme as regras prescriptas por Lister.

No dia 3 de Julho o doente referiu que não havia dormido e passára a noite bastante agitado.

Pulso, 110; temperatura 39. A edemacia do braço havia augmentado e o calor era notavel. O tumor se achava mais turgido do que se apresentára no ultimo curativo. A sua consistencia

era menos pronunciada, e a pelle que o cobria se apresentava mais luzidia. A suppuração se fazia pelo angulo externo da ferida e era um pouco mais abundante que no ultimo curativo.

Prescrevi a bebida nitrada dos primeiros dias com doze grammas de acetato de ammonia, e recommendei que fosse administrada uma gramma de sulphato de quinina, se a febre fizesse remissão.

No dia 4 a temperatura tinha baixado a 38 gráos, e as pulsações a 89 pancadas por minuto.

O doente havia transpirado abundantemente, e tinha tomado o sulphato de quinina. A edemacia do braço havia diminuido grandemente, mas o tumor, comquanto mais limitado, se achava ainda pouco consistente e com a pelle ligeiramente rubra. As nevralgias ao longo do braço erão menos persistentes e se fazião sentir no pollegár indicador e medio. A pressão sobre a região subclavia fez sahir pelo angulo externo da ferida maior quantidade de pús, como se tivesse havido abertura de um pequeno abcesso procedente das partes profundas. Fiz administrar ao doente 32 grammas de oleo de ricino e logo apoz 1 gramma de sulphato de quinina.

No dia 5 as condições do doente erão satisfactorias. Pulso 82; temperatura 37,8. A edemacia tinha cessado, o tumor diminuira visivelmente, e apresentára-se mais consistente. A suppuração era muito insignificante e de boa natureza.

A sensação de fórma nevralgica persistia e o doente pouca força tinha no membro.

Retirei todos os pontos da costura. Os labios da ferida se conservavão adherentes, com excepção de seu angulo externo, a união parecia se estender ás partes profundas, e o engorgitamento peripherico se caracterisava por uma infiltração moderada dos tecidos.

As melhoras do doente têm progredido e hoje 4 de Setembro podestes verificar que a união da ferida é perfeita e tornou-se

completa no fim de trinta dias. O tumor está reduzido ao volume de um pequeno ovo de gallinha, bastante consistente e que póde ser movido atravez das partes em que elle se acha collocado.

As pulsações não são percebidas senão mui fracamente na parte superior da arteria brachial. No punho não se encontrão pulsações na radial.

O braço se acha mais delgado que o seu congenere: as dôres de fórma nevralgica ainda se manifestão, mas em pequeno grão. Conto vêr brevemente o meu doente restabelecido. Elle sente pouca força no braço e este só com muita difficuldade póde ser levantado á altura da cabeça. E' possivel que com o exercicio e por fim com as correntes electricas essa paresysia se desvaneça, mas póde tambem succeder que ella persista e torne-se incuravel.

O caso que deu logar a todas as considerações que acabei de vos apresentar não deixa de offerecer a maior importancia sob qualquer ponto de vista pelo qual seja considerado.

E' sabido por todos os cirurgiões que a ligadura da sub-clavia é uma das mais graves operações que se podem praticar. Em uma estatistica de Norris e Porta a mortalidade resultante dessa operação se elevou a perto de 50 %. Koch, segundo Holmes, refere a historia de vinte e cinco casos de ligadura da sub-clavia em que sómente sete não terminárão pela morte.

Os perigos da operação augmentão tanto mais quanto o tumor se aproxima mais do ponto da arteria que tem de ser ligada; e quando o aneurisma se affasta da sub-clavia o resultado não é tão desfavoravel. Em trinta e dous casos de aneurisma espontaneo derão-se apenas dez mortes.

A operação em meu doente foi muito favoravel. e attribúo o resultado em grande parte á ligadura anti-septica e aos curativos pelo methodo Lister.

Em 1874 tive de praticar a ligadura da sub-clavia por causa de um aneurisma espontaneo da axillar, e empreguei o fio de linho e o curativo ordinario.

O doente se achava, é verdade, muito abatido, mas as suas condições não erão inferiores ás do doente cuja historia vos referi, entretanto no fim do quinto dia elle fallecia em consequencia de uma pleurisia purulenta dependente, como a autopsia demonstrou, da propagação de um trabalho inflammatorio da região supra-clavicular á serosa pulmonar do mesmo lado.

Este e outros accidentes de uma gravidade excepcional tem feito com que os cirurgiões com muita razão procurem tratar os aneurismas por meios que não exponhão os doentes aos perigos da ligadura da sub-clavia. Nos casos em que não vos seja possivel prescindir dessa ligadura, não vos deveis esquecer dos fios antisepticos e dos curativos feitos segundo os preceitos de Lister.

E' provavel que por este meio se alcancem vantagens que não sejão comparaveis com as que se tem obtido até hoje.

QUINQUAGESIMA SEGUNDA LIÇÃO

DAS VARICES DOS MEMBROS INFERIORES

SUMMARIO:—São frequentes os casos de varices dos membros inferiores.—Motivos que induzem os cirurgiões a empregarem sómente os meios palliativos.—As varices podem ser curadas sem perigo algum.—Observação de um caso em que a cura foi obtida.—Meio cirurgico empregado.—Resultado da operação.—Apresentação de um doente da mesma affecção.—Apreciação dos phenomenos encontrados. —Diagnostico das dilatações varicosas. —Varices superficiaes e profundas. —Opinião dos professores Verneuil e Valette de Lyão ácerca das dependencias entre uma e outra especie.—Não ha meio clinico de reconhecer si as varices superficiaes são a consequencia das varices profundas.—Causas das varices.—Divisão das causas em mecanicas, physiologicas e anatomicas.—Condições que presidem á circulação venosa, e ás dilatações varicosas.—Accidentes a que estão sujeitos os doentes de varices.—Casos de hemorrhagias e de embolias fulminantes.—Accidente que apresenta o doente de varices dos membros inferiores, que está servindo de estudo.—Mecanismo da formação das ulceras que complicão as varices.—Caso fatal de phlebite interna.—Perigos ligados ás varices.—Meios de tratamento.—Casos em que convém os palliativos, e os meios cirurgicos de maior energia.—Perigos de certos meios.—Preferencia dada às injecções coagulantes.—Modo de empregal-as.—Mecanismo de sua acção.—Apreciação favoravel de seus resultados.

MEUS SENHORES,

Não são raras as occasiões em que tendes de observar n'este e em outros serviços clinicos doentes affectados de varices dos membros inferiores ; mas a não ser aqui na clinica não me consta que cirurgião algum entre nós tenha n'essa affecção passado além dos meios palliativos, na persuasão provavelmente de que a sciencia ainda não offerece os recursos necessarios para combater com efficacia e segurança esse estado morbido, cuja gravidade nem sempre póde ser prevista, como terei occasião de vos demonstrar. Pura illusão ! Em poucos instantes vos mostrarei mais uma vez que as varices em certos casos devem e podem ser curadas com segurança e vantagem real.

Entre outros casos posso referir-vos o seguinte :

No dia 29 de Abril do anno passado (1876) entrou para esta enfermaria um individuo de nome Manoel Teixeira Ribeiro, branco, portuguez, carpinteiro, de 43 annos de idade, de temperamento lymphatico e constituição regular, afim de se tratar de um estreitamento organico da urethra que datava de 7 annos, e que lhe trazia serias difficuldades para a emissão das ourinas. Além d'essa affecção, elle apresentava em ambas as pernas dilatações varicosas que procedião das saphenas internas e se estendião por todas as ramificações d'essas veias. A posição vertical que era obrigado a manter em virtude de sua profissão de carpinteiro, tornára-se ultimamente tão encommoda e penosa, que por varias vezes deixára de comparecer na officina em que estava empregado como official.

Não havia sido entretanto por causa das varices que o doente se recolhera ao hospital, mas notando a existencia da phlebectasia quando lhe praticava o catheterismo da urethra, e estando ao facto de sua historia, fiz-lhe ver que podia ficar curado não só de seu estreitamento urethral, como das varices que tanto o encommodavão.

O estreitamento foi immediatamente tratado pela divulsão, é no dia 31 de Maio d'quelle anno lancei mão da operação tendente a curar as varices que esse doente apresentava.

Essa operação consistiu na injecção intra-venosa de algumas gottas da solução iodo-tannica, segundo o processo do professor Valette de Lyão, e que depois vos descreverei.

Tendo recommendado ao doente na vespera da operação que no dia seguinte em que esta devia ser praticada fizesse bastante exercicio ou passeiasse pela enfermaria por espaço de meia hora, mandei-o na occasião apropriada vir para este amphitheatro, e assentar-se em uma cadeira onde, em presença dos alumnos de então, depois de ter passado uma atadura circular em volta do terço inferior da côxa direita do doente, de modo a exercer uma

compressão que trouxesse bastante engorgitamento em todas as veias varicosas, escolhi entre ellas um ramo volumoso que se achava ao lado interno e inferior do joelho, punccionei-o com a agulha da seringa de Pravaz, e injectei 15 gottas da solução iodo-tannica, de que aquella se achava préviamente cheia. Pratiquei a mesma operação no lado opposto, e appliquei no orificio de penetração um pedaço de sparadrap, e fazendo deitar o doente no leito recommendei aos internos que não retirassem as ataduras senão no fim de duas a tres horas, e que applicassem compressas d'agua vegeto-mineral si por acaso o doente viesse a sentir dôres.

No dia seguinte soube que o doente no fim de 4 a 6 horas depois da operação accusára dôres ao longo das pernas, as quaes se acalmárão mediante as compressas d'agua vegeto-mineral.

Todas as veias tornárão-se duras e consistentes, e d'ahi forão-se transformando em uma especie de cordões fibrosos, os quaes diminuindo progressivamente de volume e de consistencia nenhuma saliencia formavão exteriormente, de modo que, quando este doente teve a sua alta em fins do mez seguinte, estava curado das varices.

Pois bem; como no doente cuja historia acabei de vos referir, espero alcançar o mesmo resultado no que aqui se acha em vossa presença. Elle se apresenta tambem com todas as veias que sulcão os membros inferiores nimiamente varicosas, mas não foi certamente por causa d'esta affcção, que viera tratar-se n'esta enfermaria. O doente em questão tem 50 annos de idade, é portuguêz e serralheiro de profissão, e como acabastes de ouvir soffre ha muitos annos de uma ulcera na parte anterior e inferior de cada perna. Essa ulcera tem-se cicatrisado e reapparecido no mesmo logar por diversas vezes, e ha tres mezes que ella se conserva aberta, e como por fim tivesse tomado grandes proporções, e quando o doente permanecia de pé por algumas horas causasse dôres e se tornasse muito turgida, apezar dos unguentos e das pomadas que forão empregados, esse individuo tomára a

a resolução de entrar para o hospital, onde veio occupar o leito n. 14 da enfermaria de clinica.

Deitado como se acha este doente, não se descobrem nos membros senão as ulceras de que elle se queixa. Estas têm a fórma arredondada, e um diametro de 4 a 5 centimetros. As suas bordas são talhadas obliquamente, estão turgidas, ligeiramente violaceas e descolladas. O seu fundo se acha elevado e coberto de granulações molles e de um liquido ichoroso ou sero-sanguinolento e de cheiro infecto. As partes vizinhas se apresentão turgidas, avermelhadas e são sensiveis á pressão.

Ao lado dos phenomenos sobre os quaes acabei de chamar a vossa attenção e cuja verificação vos recommendo, podeis agora notar que esse doente, a quem ordeno que se ponha de pé, apresenta-se no de fim poucos segundos com uma turgencia de todas as veias cutaneas dos membros inferiores, por modo que estes perdem immediatamente a regularidade de suas superficies e se cobrem em totalidade de saliencias tortuosas e ampoulares, ficando apenas pequenos intervallos sinuosos e de contornos desiguaes, principalmente na parte inferior da côxa, acima do condylo interno do femur, e na parte supero-anterior e interna das pernas.

Como se reconhece que essas saliencias são constituidas por varices? E' pela molleza das mesmas saliencias, por sua disposição tortuosa, e principalmente pelo desapparecimento d'ellas, quando o individuo se acha em decubito dorsal, ou em uma posição que favoreça a circulação venosa, que, como sabeis, tem um direcção centripeta.

A côr violacea dos tecidos que se achão na visinhança das ulceras, me fez desconfiar que estas se achavão sob a dependencia de varices, cuja existencia só foi apreciada e reconhecida depois que fiz o doente pôr-se de pé.

Essa especie de reductibilidade em certas attitudes, e de reproducção das saliencias sinuosas e desiguaes, em outras attitudes são phenomenos caracteristicos das phlebectasias ou varices

quaesquer que sejão os orgãos ou regiões em que ellas se manifestem.

E' assim que no varicocele ou varices das veias do cordão o tumor se reduz á pressão moderada ou pela elevação do testiculo, e se reproduz quando o doente se põe de pé por espaço de algum tempo. Por não se prestar attenção a esse phenomeno é que tenho visto algumas vezes confundir-se o varicocele com o hydrocele ou com uma hernia, etc.

A reductibilidade das saliencias varicosas dos membros abdominaes nem sempre é completa. Em muitos casos a turgencia persiste ainda mesmo que o individuo procure estar em uma posição que favoreça a actividade e força da circulação venosa. Em todo o caso a turgencia se desenvolve em maior grão e as saliencias se desenhão com as suas sinuosidades muito mais facilmente quando os individuos de varices dos membros inferiores se achão de pé do que quando se conservão em decubito dorsal.

Não ha duvida de que n'este como no outro doente, cuja historia e tratamento vos referi, as varices occupão a veia saphena interna e todos os seus ramos superficiaes, mas seria tambem muito conveniente saber si a affecção limita-se ás veias superficiaes ou si ella compromette tambem as veias profundas. A admittir como absolutos os estudos e investigações do professor Verneuil, as varices superficiaes são sempre acompanhadas de varices das veias profundas, ellas serião a expressão de uma molestia do systema venoso, localisada nas veias dos membros inferiores.

O professor Valette de Lyão julga que esse facto não é geral, e em apoio de sua opinião cita a dissecção minuciosa feita pelo Dr. Aubert de um membro abdominal affectado de enormes varices da saphena interna e de seus ramos, e no qual as veias profundas ou tibial posterior e peroneanas se achavão em estado normal. Além disto os innumeros casos de cura de varices consignados nos archivos scientificos deixão fóra de contestação que nem sempre as varices profundas precedem a phlebectasia superficial.

Não temos infelizmente nenhum meio para reconhecer si existem com as varices superficiaes as varices profundas, e clinicanente só se poderá presumir a existencia da phlebectasia profunda, quando a cura da varice superficial não se torna permanente ou no fim de algum tempo a affecção vem a reproduzir-se.

A que causas se poderáõ attribuir as varices que se notão neste doente? As causas são divididas em mecanicas, physiologicas e anatomicas. Na primeira classe estão incluidas todas as condições ou estados que comprimem as veias e embaração a circulação venosa, como acontece nos casos de tumores abdominaes, dos ovarios, do utero, etc. Por minha parte tenho observado diversos casos de varices dos membros inferiores desenvolvidas sob a influéncia da gestação. Mas será a compressão exercida pelo utero a causa real das dilatações varicosas, ou a prenhez não exerce senão o papel de causa occasional? Cloquet referiu ter visto em 1821 no hospital de S. Luiz uma mulher que apresentava no ventre um tumor volumoso situado adiante da columna vertebral e que exercia uma forte compressão sobre a veia cava inferior. Nessa mulher as veias superficiaes dos membros abdominaes, do ventre, das nadegas e da vulva formavão tumores violaceos dos quaes muitos erão mais grossos que o volume de uma mão fechada.

Factos da mesma ordem são referidos por outros praticos e não podem ser postos em duvida, mas ainda insisto nas minhas duvidas por que os effeitos ordinarios da compressão venosa se traduzem por phenomenos diversos, o que me faz acreditar que se devem dar outras condições para a producção das dilatações varicosas. Acharemos a explicação nas causas physiologicas e anatomicas, ás quaes se ligão todas as forças que determinão a circulação venosa, e as relações que as veias guardão com as partes visinhas e os canaes fibrosos que ellas atravessão?

No estado de repouso, como vós sabeis, a aspiração thoracica bem como a elasticidade e contractilidade das veias bastão para regularisar a circulação venosa, mas na posição vertical e no estado

dynamico são necessarias outras condições como sejão a pressão dos pés sobre o solo e a contracção muscular. O impulso communicado pela pressão do pé e pela contracção muscular concorre para accelerar de um modo evidente a rapidez da circulação venosa, como tem sido bem demonstrado por factos experimentaes.

Mas os resultados dependem grandemente das relações que os planos musculares guardão com as veias. Em algumas regiões os musculos seguem a direcção dos vasos, em outras porém estes ultimos atravessão canaes fibrosos, e em taes condições póde a contracção muscular, como quer o professor Verneuil, concorrer para embaraçar a circulação sanguinea, e ajuntando-se a isto o estado inverso caracterisado pela fadiga muscular, accarretada por certas profissões como a de serralheiro, carpinteiro, ferreiro, etc., não será difficil explicar a genese das varices. Entretanto Briquet julga que essas condições não são sufficientes e que só ha uma causa physiologica que está na riqueza e na maior abundancia do sangue, em virtude do que as veias serião sujeitas a um excesso de actividade, seguida de fadiga de suas paredes, e por fim de sua dilatação e hypertrophia.

Não são, ao menos entre nós, os individuos plethoricos que soffrem mais vezes de dilatações varicosas; é pelo contrario entre os individuos lymphaticos, de fibra molle, que se conta maior numero de varicosos.

No desenvolvimento exagerado do systema venoso e em suas condições physiologicas e anatomicas é que se encontrão as verdadeiras causas das varices. A acção da gravidade ou do peso do sangue não actúa ou não se faz sentir senão quando as valvulas se tornão insufficientes.

Seja porém como fôr, as varices quando chegão a certo gráo de desenvolvimento determinão uma série de phenomenos que se caracterisão a principio por uma sensação de pêso, dôres e tensão que deixão os doentes tolhidos em seus movimentos e impossibilitados de se entregarem aos encargos de sua profissão, e por fim

dão logar a hemorrhagias abundantes, a ulceras rebeldes, e a phlebites que pódem assumir uma gravidade excepcional.

Ainda ha poucos dias fui consultado por um doente de varice do escrôto que foi victima pela segunda vez de uma hemorrhagia que o deixou muito abatido, tão grande foi a quantidade de sangue que elle perdeu em consequencia da ruptura de uma veia varicosa.

Os periodicos e tratados scientificos registrão muitos casos de trombus vaginal, cuja ruptura tem sido mortal, e diversos casos de hemorrhagia tenho observado em virtude da ruptura de veias varicosas dos membros inferiores durante a prenhez. O doente que tendes debaixo das vistas não foi victima de nenhuma hemorrhagia; mas as ulceras que elle tem nas pernas se achão sob a dependencia immediata das varices que apresenta. Podereis curar as suas ulceras, mas ellas tornaráõ a abrir em quanto não destruirdes as varices que são aqui a causa efficiente de sua manifestação. A razão é intuitiva e se basêa toda nos conhecimentos que o cirurgião deve ter acerca da genese e mecanismo da formação das ulceras em taes condições, e em verdade não ignoraes que o processo ulcerativo é o resultado de um trabalho inflammatorio chronico, acompanhado de amollecimento e desaggregação mollecular dos tecidos. Não ha condição morbida que mais favoreça a manifestação das irritações chronicas e concorra para esse trabalho de amollecimento dos tecidos do que sejão as dilatações varicosas. A circulação venosa, como sabeis, é physiologicamente difficil e lucta contra duas forças principaes representadas pelo pêso do sangue e falta de contracção vascular, e essas difficuldades quadruplicando com a dilatação varicosa fazem com que a circulação se torne mais demorada e mais lenta, e permitta a manifestação de irritações nas partes vizinhas, seguidas de infiltrações plasticas que amollecem ou macerão os tecidos, e que sob a influencia do mais ligeiro traumatismo estabelecem o processo ulcerativo. Este continúa a ser entretido pelas varices, e

si desapparece momentaneamente quando o individuo guarda o repouso e evita todos os meios que melhorem o estado varicoso, não deixa tambem de revelar-se com presteza, logo que o doente entrega-se aos trabalhos de sua profissão, e esse estado não soffre o menor obstaculo em seu desenvolvimento. E' pelas condições favoraveis que encontra o processo ulcerativo que as ulceras complicão muito frequentemente as varices, mas em relação á gravidade e aos perigos não ha nenhum accidente desenvolvido sob a influencia das dilatações varicosas que se possa comparar com as phlebites internas. Felizmente este accidente é muito raro, mas os casos consignados nos annaes e tratados scientificos são mais que sufficientes para que nunca considereis as varices como uma affecção insignificante.

O professor Valette de Lyão refere que um individuo, soffrendo de varices dos membros inferiores complicadas de ulceras, lhe fôra consultar sobre o tratamento que devia seguir. A affecção datava de muitos annos e tinha chegado a um ponto que esse doente não podia continuar a dirigir os trabalhos de uma fabrica de fiação que tinha a seu cargo. O professor Valette propoz-lhe a operação e marcou o dia em que esta devia ser praticada. Na manhã desse dia o doente amanheceu indisposto, e á noite foi acommettido de calafrio intenso, seguido de febre, de suores frios e viscosos e de alteração da physionomia.

Forão encontrados os signaes de uma phlebite, e no fim de dous dias, apezar dos meios empregados, o doente falleceu.

A proposito deste facto o mesmo professor cita um caso que veio referido na *Gazeta dos hospitaes* de 1 de Março de 1868, relativo a uma mulher da clinica do Dr. Briquet, a qual affectada havia muitos annos de varices da saphena esquerda, tinha sido victima duas vezes de phlebite, quando na terceira invasão da inflammação venosa ella foi de repente acommettida de uma pontada no peito, de agitação extrema, de anciedade precordial, phenomenos estes que terminárão pela morte no fim de 24 minutos. Pela

autopsia se reconheceu que a morte havia sido causada por uma embolia da arteria pulmonar. O coalho embolico partindo da saphena na embocadura da femoral tinha sido impellido até ao coração atravez do ventriculo e auricula do lado direito e d'ahi passára para a arteria pulmonar, interrompendo a circulação pulmonar e causando a morte por asphyxia e syncope.

A' vista dos perigos a que se achão expostos os doentes de varices, comprehendeis bem que não se deve ser indifferente a uma affecção que, de um momento para outro, póde acarretar as mais funestas consequencias. Como em outro qualquer estado morbido, tudo se deve fazer para pôr os doentes ao abrigo de qualquer accidente imprevisto, e collocal-os em condições de poderem entregar-se aos trabalhos e ao exercicio da profissão d'onde muitas vezes tirão os meios de subsistencia.

Nas causas que produzem as varices não existe nenhuma contra-indicação para o tratamento das phlebectasias, senão quando estas se manifestarem sob a influencia da gravidez, ou estiverem na dependencia, como na observação de Cloquet, de tumores, cuja destruição for impossivel pelos meios de que a arte dispõe. Ainda assim não convem cruzar os braços e deixar que a affecção, se tiver chegado a um alto gráo de desenvolvimento, possa provocar qualquer dos accidentes de qué vos fallei.

Em taes casos é aos meios palliativos, como o repouso, a posição e a compressão moderada, que podereis recorrer. Os laxativos e os tonicos em algumas circumstancias serão de algum proveito.

Mas quando se tratar de varices que não se achão sob a dependencia de causas especiaes que não pódem ser destruidas, e quando as dilatações varicosas forem todas idiopathicas ou estiverem sob a influencia de certas condições physiologicas e anatomicas das veias, convem recorrer á meios mais energicos e do dominio exclusivo da medicina operatoria.

Esses meios são numerosissimos, e muitos delles como o debridamento dos orificios aponevrotivos, a custura, a ligadura, etc.,

têm dado logar a accidentes graves; e quasi todos os cirurgiões estão de accôrdo em proscrevel-os da pratica e só empregal-os em condições muito excepcionaes.

Ha, porém, a cauterisação e as injecções coagulantes que são muito preconisadas pelos cirurgiões da escola de Lyão.

Não tenho experiencia propria a respeito da efficacia da cauterisação das veias varicosas, mas incontestavelmente o processo da injecção da solução iodo-tannica offerece todas as condições de inocuidade e de segurança apregoadas pelo professor Valette de Lyão.

E' ainda a esse processo que vou recorrer para tratar o doente que aqui se acha e cuja historia vos referi.

O instrumento para a operação compõe-se sómente da seringa de Pravaz. Ella se acha cheia, como vêdes, da solução iodo-tannica, preparada segunda a formula do professor Valette, pelo modo seguinte: tomão-se 50 centigrammas de iodo e 8 grammas de tannino puro, e, depois de reduzidos a pó, addiccionão-se por pequenas quantidades 250 grammas d'agua distillada, tendo-se o cuidado de mecher a mistura, á medida que a agua fôr ajuntada. A solução terminada, colloca-se em um banho-maria até que pela evaporação fique reduzida a 30 grammas de liquido. Este apresenta-se limpido, e é em taes condições que deve ser empregado. Convem que o liquido tenha sido preparado recentemente, porque no fim de alguns dias o tannino começa a depositar-se em flocos esbranquiçados, e a acção coagulante, como já observei em um caso, deixa de manifestar-se.

O doente na occasião da operação deve estar de pé, a fim de augmentar a turgencia das veias. Passa-se então uma atadura ou laço em volta da parte inferior da côxa, e entre as ampoulas varicosas se escolhe uma mais volumosa para ser punccionada pela agulha da seringa. E' preciso dirigir a agulha obliquamente, e logo que ella der a sensação que se acha no interior do vaso deve-se dirigil-a e mergulhal-a na direcção do eixo longitudinal da

ampoula varicosa, e evitar que a sua ponta atravesse a veia de lado a lado, ou penetre entre esta e o tecido cellular que a circumda. E' o tempo mais delicado da operação, mas que se realisará com extrema facilidade, logo que o cirurgião na introducção da agulha prestar os cuidados que vos indiquei.

Feita a puncção e reconhecida que a agulha se acha no interior do vaso, dão-se tantas meias voltas na chave da seringa quantas forem as gottas que se tiver em vista injectar.

As varices de meu doente são volumosas, e como em outros casos identicos injectarei todo o conteudo da seringa, que é igual á uma gramma de liquido. Depois que este tiver sido injectado, não retirarei a seringa senão no fim de 10 a 15 minutos. No ponto em que a agulha penetrou applicarei um pequeno pedaço de sparadrap, e em seguida o doente será deitado em sua cama, conservando a atadura e laço passados em volta da côxa por tres ou quatro horas.

A operação, como acabastes de ver, foi executada e se acha terminada ; o doente nada sentio. A tensão que as varices apresentão, não deixa reconhecer se ha uma coagulação manifesta do sangue, e só no fim de 2 a 3 dias é que a dureza se tornará evidente. Estão dadas as ordens para que a atadura seja retirada no fim de tres horas, e se fação applicações de compressas embebidas em agua vegeto-mineral, si o doente vier a sentir dôres nas partes que soffrerão a operação ou ao longo das veias.

Ainda não observei a manifestação de qualquer accidente por occasião das injecções da solução iodo-tannica nas dilatações varicosas dos membros. A dôr que se declara é muito moderada e cede facilmente com as applicações da agua vegeto-mineral. Em alguns casos não se manifesta dôr alguma, e entretanto no fim de 24 horas a veia se desenha debaixo de fórma de um cordão duro e resistente, que vai pouco a pouco diminuindo de volume até desapparecer completamente.

Alguns cirurgiões têm empregado o perchlorureto de ferro em injecções, e parece que o resultado immediato é identico ao que se obtem com a solução iodo-tannica. O professor Valette estudando os effeitos comparativos das duas especies de injecção fez ver que a acção coagulante do perchlorureto de ferro é mais pronunciada que a do licôr iodo-tannico. Quando se lanção em um centilitro de sangue, ao ser expellido das veias, oito gottas de perchlorureto de ferro, a coagulação de todo o sangue é quasi immediata. O coálho é firme e denso, e no fim de duas horas muito resistente; é além d'isto granuloso, friavel e apresenta uma côr escura muito pronunciada ; com a solução iodo-tannica se alcança uma massa homogenea de uma bella côr vermelha, e de consistencia gelatinosa.

Os phenomenos consecutivos offerecem notaveis differenças. Sob a influencia do perchlorureto de ferro, o sangue se coagúla em uma extensão variavel e proporcional á quantidade de liquido que tem sido injectado, e a veia fica obliterada ; mas logo que esse coálho se forma, a solução provoca tanto em cima como em abaixo uma leve irritação que determina a formação de coalhos secundarios constituidos á custa do sangue. Esses coalhos se organisão com rapidez e a veia fica obliterada definitivamente nos pontos correspondentes. Quanto ao coalho primitivo, isto é, áquelle que resulta directamente da combinação do perchlorureto de ferro com o sangue, elle póde experimentar diversas transformações, mas nunca se organisa. Uma parte do coalho é pouco a pouco absorvida, e deixa uma massa que se enkysta, e tudo leva a crer que tambem desappareça pela absorpção. O professor Valette não diz cousa alguma a este respeito, por não ter continuado a proseguir em suas pesquizas.

Com a injecção iodo-tannica, elle diz que a organisação do coálho torna-se completa, e em uma experiencia que fiz a este respeito notei que a veia se achava completamente obliterada em uma extensão superior á da porção em que procurára circumscrever a

injecção, sendo impossivel distinguir o que pertencia ao coálho, do que fazia parte das paredes venosas. Em fim a veia se achava transformada em grande extensão em um cordão solido, no qual era impossivel reconhecer que tivesse sido feita a injecção do licor iodo-tannico. Essas differenças nos phenomenos consecutivos não são de natureza a estabelecer vantagens clinicas no emprego da solução iodo-tannica.

O perchlorureto de ferro offerece resultados tão efficazes e vantajosos como o licôr iodo-tannico. A sua acquisição é sempre muito facil, e si não o tenho empregado nos doentes da clinica é por que a experiencia adquirida com as injecções da solução iodo-tannica me deu uma segurança no resultado que tornou inabalavel a confiança que no seu emprego posso depositar.

O perchlorureto de ferro é empregado na mesma dose em que se injecta o licôr iodo-tannico, e na operação seguem-se as regras que ha pouco puz em pratica no doente de varices.

O que resta saber é se a cura por um e outro meio é definitiva ou temporaria.

O professor Valette assegura ter tido muitos doentes em que a cura depois de annos tem-se mantido perfeitamente bem. Não tenho acompanhado por longo tempo o resultado das injecções iodo-tannicas nos doentes que aqui têm sido operados, e por isso ignoro si a cura foi temporaria ou permanente.

Ainda mesmo que a cura fosse temporaria, não haveria inconveniente em sujeitar os doentes de tempos a tempos a novas injecções, visto que estas não provocão a manifestação de qualquer accidente grave.

No doente que acabei de operar, vós vistes que elle tinha em cada perna uma ulcera, cuja existencia era entretida pelas varices. E' provavel que a cura d'estas seja acompanhada da cicatrisação das ulceras; mas convirá para o complemento do resultado que estas sejão ao mesmo tempo submettidas á acção dos meios que mais

promptamente possão modificar as suas condições e favorecer a reparação dos tecidos.

Entre esses meios, nenhum se póde comparar por sua efficacia com a compressão methodica pelas tiras de sparadrap. A' Baynton se deve esse methodo de tratamento das ulceras, e a respeito de suas vantagens não se póde estabelecer a menor contestação.

Antes da injecção iodo-tannica, revesti as ulceras com as tiras de sparadrap, e por este modo não só tratei de preencher as suas indicações curativas, como tambem procurei prevenir a congestão que deveria para alli estabelecer-se em virtude da compressão circular que foi feita na parte inferior da côxa para manter a turgencia das veias durante a injecção.

Convido-vos a acompanhar o resultado da operação, e estou certo de que sobre as vantagens das injeções iodo-tannicas não tereis d'aqui em diante o menor abalo em vossas convicções.

CAPITULO X

DE ALGUMAS AFFEÇÕES DO APPARELHO GENITO-OURINARIO

QUINQUAGESIMA TERCEIRA LIÇÃO

MOLESTIAS VENEREAS

SUMMARIO: — Progressos realisados por diversos syphilographos na descriminação das differentes especies de affecções venereas primitivas.—As bases d'esse estudo se achão estabelecidas — As affecções venereas são representadas pela blennorrhagia, a ulcera simples e o cancro syphilitico.—Pontos de contacto e differenças especificas.—Origem de cada uma d'essas affecções.—Resultado da inoculação do muco-pús da blennorrhagia.—Excepções que se observão no resultado das inoculações.—Explicação que se póde dar.—Effeitos da inoculação do virus do cancro venereo simples.—Resultados diversos da inoculação do cancro simples e do cancro syphilitico.—O virus d'este não é *auto-inoculavel*.—Ha um periodo de incubação no cancro syphilitico.—Não ha incubação no cancro venereo simples.—Limitação da affecção aos ganglios da região visinha e transformação da inflammação ulcerativa em cancro venereo simples.—Diffusão de molestia quando o cancro é syphilitico.—Experiencias comprobativas.—O bubão mono-ganglionar é proprio do cancro simples, e a adenite polyganglionar é propria do cancro syphilitico.—Apparição de muitos cancros simples.—Unicidade do cancro syphilitico.—Casos que fazem exepção á lei geral.—Explicação.—Apparecimento simultaneo das tres affecções como causa de erro.—Diagnostico pela inoculação e descriminação logica dos resultados.— Pelas causas, symptomas e effeitos se deve admittir a pluralidade das molestias venereas.—Causas da confusão ácerca de sua natureza.—Tratamento da blennorrhagia.— Divisão em meios internos, externos e directos.—Meios especificos e meios geraes.—Acção dos balsamicos. Effeitos da copahiba, cubebas, e terebenthina.—Chlerato de potassa e extracto fluido de buchú.—Tartaro emetico e purgativos.—Emprego das sanguesugas.—Injecções.—Meios aconselhados.—Condições para um bom resultado.—Tratamento abortivo.—Perigos que o acompanhão.—Os estreitamentos não são o resultado das injecções.—Tratamento do cancro venereo simples.—A cauterisação é a base do tratamento. Modificadores especiaes.—Phagedenismo.—Tratamento d'este accidente.—Meios empregados contra o cancro syphilitico.—As preparações mercuriaes constituem a base do tratamento dos accidentes primitivos e secundarios.—Periodo terciario.—Meios a empregar.—Syphilis precoce, e syphilis rebelde.—A combinação das preparações mercuriaes com as preparações ioduradas são convenientes.

MEUS SENHORES,

Ha na enfermaria alguns individuos que se apresentão com varias affecções venereas, e não devo perder a occasião de vos

indicar a minha opinião não só a respeito da natureza dessas affecções, como dos meios que se devem empregar nos casos variados que se offerecem à vossa apreciação.

A julgar pelas observações que me tendes entregado, e pelas respostas que me daes nas questões que vos dirijo junto ao leito dos doentes, estou certo de que ignoraes as doutrinas que hoje são aceitas, e que não tendes uma idéa bem definida do que se deve entender por molestia syphilitica.

Os progressos que esta parte da medicina tem feito com as investigações de Hunter, Ricord, Fournier, Rollet, Langlebert, Diday, Henry Lee e Parker, são tão notaveis, que eu não poderia deixar de lamentar que os vossos conhecimentos a este respeito se resentissem dos erros deploraveis dos nossos antepassados, e estivessem inferiores ás exigencias da pratica e aos estudos feitos no tempos actuaes.

E' verdade, meus senhores, que ainda ha a respeito da syphilis muitas questões que não estão resolvidas satisfactoriamente ; mas a base do edificio da syphilographia está constituida por um modo que não será possivel mais derroca-la ; e para que tenhais um guia certo no diagnostico de certas affecções dos orgãos sexuaes, não será preciso mais do que estar ao facto dos principios fundamentaes que se tem estabelecido a este respeito.

As molestias venereas são representadas, como sabeis, pela blennorrhagia, pela ulcera simples dos orgãos genitaes, e pelo cancro duro. Estas affecções são contagiosas em certas e determinadas circumstancias, e sobretudo por meio das relações sexuaes, e têm commumente a sua séde nos orgãos genitaes ; mas ellas se distinguem profundamente, já pelo modo de evolução, já pelos effeitos consecutivos, já emfim por sua natureza.

Se lançardes as vistas sobre a origem das molestias venereas, observareis que a blennorrhagia fòra conhecida de Moysés, a cujo respeito elle formulou preceitos hygienicos de grande valor,

em relação á prophylaxia, sem que tivesse revelado que essa affecção désse logar á qualquer accidente de ordem diversa, e exigisse um tratamento geral.

A ulcera contagiosa dos orgãos genitaes fôra conhecida e descripta por muitos praticos ou medicos da alta antiguidade, sobretudo por Celso, e então nunca se fizera menção de que ella podesse infeccionar a economia, e despertar a manifestação de accidentes de outra natureza.

Foi em 1494 que se desenvolveu em varios logares da Europa uma epidemia que causou estragos consideraveis, e que era caracterisada por ulceração dos orgãos genitaes, e pela manifestação consecutiva de muitos outros accidentes para o lado da superficie cutanea, das articulações e dos ossos, etc.

Já por estas considerações devieis pensar que essas tres affecções serião de natureza diversa, pois que ellas se manifestárão em épocas differentes, si não tivesseis em outros caracteres a prova bem evidente de que não se assemelhão senão porque tem a sua séde nos orgãos genitaes, e podem-se propagar por meio das relações sexuaes.

Quando se toma com uma lancêta o muco-pus da verdadeira blennorrhagia e se inocula em qualquer parte do nosso corpo que não seja revestida por uma membrana mucosa, não se obtem nunca a blennorrhagia, o que quer dizer que esta affecção é propria das membranas mucosas, e não determina senão accidentes na vizinhança, ou então em orgãos com os quaes a observação tem mostrado que a urethra guarda relações reflexas em gráo pronunciado, como sejão as articulações. Assim, pois, a acção da blennorrhagia não se estende além das membranas synoviaes, nem dá logar a accidentes para a superficie cutanea, que indiquem uma infecção geral da economia.

Tomae com uma lanceta o pús ou secreção de um cancro molle, e o inoculae no mesmo individuo ou em outro qualquer, que haveis de observar constantemente a reproducção da mesma

ulcera em tantos pontos, quantos forão aquelles em que introduzistes a secreção cancerosa, como vistes no individuo que occupa o leito n. 3, e no que se acha no leito n. 8.

Si o pús blennorhagico não é capaz de produzir um cancro venereo, do que vos podeis convencer todas as vezes que tiverdes desejo de verificar o facto, como é possivel, meus senhcres, que aceiteis a opinião daquelles que confundem estas duas affecções entre si?

Encontrareis, é verdade, alguns casos em que a blennorrhagia tem dado logar a um cancro venereo simples, e mesmo a um cancro syphilitico; mas neste caso com a inflammação urethral tem coexistido ou coincidido o apparecimeuto de um cancro, e então não admira que o resultado seja positivo. São, entretanto, factos mui raros, e seria digno de lastima aquelle que quizesse admittir a menor identidade entre a blennorrhagia e os cancros venereos, só porque em cem inoculações observou uma em que o resultado foi positivo, ou que do pús blennorrhagico resultou um cancro ou uma ulceração contagiosa. A conclusão que d'ahi se deve tirar é que a blennorrhagia é algumas vezes acompanhada de um cancro urethral, de modo a apresentar o pús inoculavel em partes que não sejão revestidas de uma membrana mucosa. Estudai com cuidado este objecto, que em vosso espirito não ficará a menor duvida a respeito da heterogenia que existe entre a blennorrhagia propriamente dita e as outras molestias venereas.

O cancro molle não tem pelo mesmo modo nenhuma identidade de natureza com o cancro duro. Já vistes que com a secreção do primeiro podia-se produzir no mesmo individuo ou em outro qualquer tantos cancros quantas fossem as inoculações praticadas. Tomai a secreção de um cancro hunteriano ou duro, semelhante ao do doente que occupa o leito n. 28 d'este serviço clinico, e se a inoculardes no mesmo individuo não obtereis um outro cancro semelhante, mas sim, o resultado se traduzirá uma ou outra vez por um cancro molle, cujo virus inoculado em um

individuo que não soffre de syphilis, despertará a manifestação de um cancro duro. Mas si o cancro hunteriano póde produzir um cancro molle, não ha muita razão, me dirieis vós, em considerar distincto o cancro molle do cancro duro, e de faze-los depender de origens diversas. A objecção, meus senhores, teria valor si não invertesseis as experiencias, e não procurasseis conhecer os resultados da inoculação do cancro molle que se desenvolve no individuo isento de um cancro duro, ou de qualquer outro accidente syphilitico. Com effeito si inoculardes o pús de um cancro molle pertencente a um individuo que não soffre de um cancro duro, nem de outro qualquer accidente syphilitico, não obtereis senão um cancro molle e sempre um cancro molle. Si inoculardes o sangue de um individuo que se apresenta com um cancro desta natureza o resultado será negativo ; mas si inoculardes o mesmo fluido de um individuo que tem tido um cancro duro ou soffre accidentes syphiliticos, determinareis o apparecimento de um cancro duro e sempre duro. Este resultado podia ser alcançado com a inoculação da secreção dos accidentes secundarios e terciarios syphiliticos, e os factos a este respeito são tão numerosos, que não me cansarei em referil-os. Si o virus dos dous cancros dão resultados tão diversos quanto á inoculação, não podeis nem deveis, meus senhores, confundir as duas affecções entre si, e a distincção se tornará ainda mais necessaria, si estudardes o modo de evolução das duas especies de cancros, e observardes com toda a attenção os effeitos tanto immediatos como consecutivos dessas mesmas affecções.

Si o cancro duro não é geralmente *auto-inoculavel* na expressão do Sr. Diday, ou se delle resulta uma ulceração, esta já se apresenta no mesmo individuo com outros caracteres, mas podeis entretanto inocular o virus em individuos que nunca apresentárão accidentes syphiliticos, e então observareis que ha sempre neste caso um periodo de incubação, ou que, é só

depois de 9, 20 ou 30 dias que no ponto inoculado se manifesta uma pequena papula, que por fim se transforma em uma ulcera pouco profunda, de bordos adherentes e talhados obliquamente de modo a confundirem-se insensivelmente com a superficie, d'onde é secretado um liquido mais seroso do que purulento, a menos que sobre ella se tenhão feito applicações irritantes. No fim de alguns dias os ganglios inguinaes se apresentão todos entumecidos, sem que sejão entretanto a séde de qualquer trabalho inflammatorio, que venha terminar pela suppuração. A ulceração tem em geral pouca extensão, repousa e é cercada de todos os lados por um tecido duro, espesso e elastico, como podeis observar no doente que occupa o leito n. 28. Não ha nada de comparavel ahi com o que notais nos doentes dos leitos ns. 3, 35 e 36. Si a molestia não tem experimentado a acção dos meios convenientes, virá infallivelmente revelar-se no fim de dous a tres mezes por diversas affecções cutaneas, e por arthropathias especiaes. No mesmo doente a que acima me referi, e que soffreu ha dous mezes de um cancro duro, observareis diversas manchas pelo corpo, caracterisadas por pequenas elevações de còr cuprica, revestidas de uma delgada pellicula que se destaca circularmente para ser substituida por uma outra que soffre a mesma separação, ao passo que o individuo que se acha no leito n. 2 e o que occupa o leito n. 36, soffrerão ha mais de dous mezes de ulcerações contagiosas dos orgãos genitaes, e entretanto não têm tido na superficie cutanea nem roseola, nem syphilide de especie alguma.

Si tomardes, pelo contrario, como fiz com o doente do leito n. 3, a secreção de uma ulcera contagiosa venerea, e a inoculardes quer no mesmo quer em outro individuo, não observareis nenhum periodo de incubação. No fim de 24 horas, como notastes alli, se formará uma pequena pustula que cresce progressivamente, e, arrebentando-se então, deixará após si uma ulcera molle, de profundidade notavel, de bordos talhados a pique, e descollados em uma extensão mais ou menos consideravel. A

ulcera terá, além disto, um fundo pultaceo ou fungoso, e fornecerá uma quantidade de pús em geral bastante abundante. Segundo a intensidade da inflammação, a natureza do individuo, e estado da ulcera, um dos ganglios inguinaes se entumece, se inflamma, torna-se nimiamente sensivel, e entra em suppuração, d'onde resulta um bubão mono-ganglionar, que tem os mesmos caracteres que o cancro que o produzio.

O pús é inoculavel e póde determinar a manifestação de um cancro molle no mesmo ou em outro qualquer individuo, assim como vos mostrei no doente do leito n. 12 o qual se apresentava com um bubão symptomatico de um cancro molle da bainha do penis.

Com effeito depois da dilatação tomei com o bisturi um pouco de pús, e sendo este inoculado na côxa direita apresentou-se logo no fim de 24 horas uma pustula que deu em resultado um cancro molle bem evidente.

As ulcerações desta natureza, abandonadas a si mesmas, não estendem a sua acção além dos ganglios inguinaes, e nunca observareis a infecção geral da economia com accidentes caracteristicos de syphilis, ou com essas manifestações especiaes para a superficie cutanea.

Si a inoculação tem resultado de relações sexuaes, podem apparecer muitos cancros molles, ao passo que, nas mesmas condições, não tereis occasião de observar mais do que um cancro duro ; quando existem dous ou tres cancros desta especie, todos nascêrão ao mesmo tempo, ou tiverão a mesma origem ; ao contrario, muitos cancros molles observados no mesmo individuo, ou se gerárão ao mesmo tempo ou puderão vir um após outro. Este resultado não vos deve admirar, pois que a observação tem mostrado, como já fiz vêr mais de uma vez, que o virus do cancro duro não é geralmente auto-inoculavel, em quanto que a secreção do cancro molle é inoculavel ao infinito tanto no mesmo como em outro qualquer individuo.

Quando pois, meus senhores, já pela experimentação já pelo resultado clinico, se observão effeitos tão diversos com a secreção dos dous cancros, seria imperdoavel que abandonasseis todas estas noções para considerardes como identicas as affecções de que tenho fallado nesta conferencia.

Entretanto ha casos, como já vos indiquei, em que um individuo apresenta todos os accidentes syphiliticos, e não tem como origem da affecção geral senão uma blennorrhagia, ou uma ulcera molle dos orgãos genitaes. Mas que importa tudo isto, e em que se achão por estes factos destruidas as regras que deixei estabelecidas? Si são em numero de tres as affecções venereas, e estas podem-se transmittir pelas relações sexuaes, nada se oppõe a que um individuo que se acha com uma blennorrhagia possa inocular o muco-pús n'uma mulher que esteja com um cancro duro, e esta passar ambas as affecções para a urethra de um segundo individuo, de modo que manifestando-se no fim de algum tempo os accidentes syphiliticos, elle não accuse ter soffrido anteriormente senão a existencia do corrimento urethral. Foi por não se ter tomado em consideração a possibilidade da co-existencia das diversas affecções venereas, que nasceu a confusão que se observa todos os dias, e que tem sido tão funesta á therapeutica, e ao estudo desta parte das sciencias medicas. Não desconheço as difficuldades do estudo da syphilis, e os embaraços que se encontrão para bem descobrir o accidente inicial; mas nem por isto deveis acceitar os erros impostos por uma observação superficial, e deixar o que a experiencia tem estabelecido de mais positivo no mundo. Deste modo deveis ficar convencidos de que a syphilis não póde ser propagada senão por meio de um cancro duro, e se o vosso doente não apresentar como accidente primitivo senão uma blennorrhagia, é que com esta houve precedentemente ou ao mesmo tempo um cancro duro quer na urethra quer em outra qualquer parte, o qual passou desapercebido ao doente ou ao pratico que teve de examinal-o.

E' preciso, pois, que em condições semelhantes procedaes de modo a descriminar as duas affecções entre si, e como sabeis que a blennorrhagia não é inoculavel por meio da introducção do virus nas camadas subepidermicas, si a inoculação praticada nestas circumstancias tiver um resultado positivo, não podeis concluir senão que com a blennorrhagia existia na urethra um cancro molle, pois que o cancro syphilitico não póde ser inoculado em regra geral no individuo que tem uma ulceração da mesma natureza, ou soffre qualquer accidente syphilitico quer secundario quer terciario. Como porém acontece algumas vezes que a inocuculação de um cancro duro no mesmo individuo póde determinar a manifestação de um cancro molle; se quizerdes ter a certeza de que com effeito o virus que inoculastes procede de um cancro molle, e não de um cancro duro, não tendes mais do que inoculal-o em um individuo que nunca soffrêra de syphilis. Entretanto este meio offerece, como comprehendeis, muitos inconvenientes, e pois no caso de duvida é melhor esperar pela evolução dos accidentes syphiliticos, para que estes sejão então combatidos com a energia e calma que nos dá a certeza do diagnostico, do que instituir ás cégas ou desde o principio o tratamento especifico, e não saber nunca se o individuo soffreu ou não de um cancro syphilitico ou hunteriano.

Assim como um individuo póde apresentar-se ao mesmo tempo com blennorhagia e com um cancro molle ou duro, tambem concebe-se que estas duas affecções possão manifestar-se conjunctamente ou no mesmo ponto, de modo a formarem um cancro mixto porque participa dos caracteres das duas ulceras especificas, como demonstrou Rollet, ou então em pontos diversos sem a menor relação entre si. No primeiro caso a inoculação praticada com o virus desse cancro vos dará um resultado positivo caracterisado, no mesmo individuo, por um cancro evidentemente molle, e em outros que nunca soffrêrão accidentes syphiliticos, por um cancro ainda mixto. A distincção entre os dous cancros reunidos não

póde ser demonstrada com evidencia por meio das inoculações; mas é possivel estabelecê-la pela dureza elastica que esse cancro auto-inoculavel apresenta em sua base, ou então deixando que se manifestem os phenomenos consecutivos proprios do cancro hunteriano, sem que, como vos disse, tenhaes de receiar o menor inconveniente. No segundo caso, ou quando os cancros se achão separados, se observará que, com o virus do cancro que é molle, alcançareis por meio da inoculação resultados positivos no mesmo ou em outro qualquer individuo, ou a manifestação, no fim de 24 a 48 horas, de uma pustula caracteristica, ao passo que com o virus do cancro de base dura e elastica não alcançareis no mesmo individuo uma ulcera de natureza semelhante, e, se o inocculardes em outro, observareis então o tempo de incubação propria do cancro hunteriano, e uma papula no logar em que foi praticada a inoculação.

Todos estes factos, meus senhores, não têm nada de phantasticos, e são pelo contrario o resultado de um estudo acurado e positivo feito pelos homens mais eminentes na syphilographia, e estou certo de que todos elles serão confirmados por vós, logo que as vossas vistas se dirigirem para esse objecto, e tiverdes a paciencia de acompanhar não só a evolução das molestias venereas, mas tambem a acção que o virus de cada uma dellas exerce sobre o organismo, quer depois do contagio pelas relações sexuaes, quer depois das inoculações artificiaes. Em todo o caso é preciso que de uma vez para sempre não commettais o erro deploravel de considerar como manifestação syphilitica qualquer affecção dos orgãos sexuaes ou da superficie cutanea, ou de outro apparelho organico, pois que assim nunca progredireis no estudo desta parte das sciencias medicas, e a vossa therapeutica, se não fôr perniciosa, não aproveitará em cousa alguma.

Resumindo, portanto, o que tenho dito sobre as affecções venereas, claro fica que as considero como distinctas umas das outros, já pelas causas que as determinão, já pelos symptomas que apresentão, já finalmente pelos effeitos que provocão no

organismo. Deste modo admitto a pluralidade dos virus venereos, e julgo que só póde produzir a syphilis o que procede de cancro duro, ou que só são syphiliticas as affecções que se achão debaixo da influencia desse principio morbido: a blennorrhagia e o cancro molle, ou a ulcera contagiosa com o bubão cancroso, são affecções locaes que não provocão nenhum effeito geral sobre o organismo.

Si estas conclusões são verdadeiras, como penso, qual deverá ser o meu procedimento em relacão á therapeutica das molestias venereas?

Comecemos pela blennorrhagia.

Moysés, que foi o primeiro a fallar desta affecção, traçou alguns preceitos hygienicos, que, como já vos disse, são de grande utilidade, e os praticos que tiverão de descrevê-la, limitárão-se a aconselhar alguns meios locaes, como fossem as injecções, quer causticas, quer adstringentes ou emollientes; mas não aconselhárão nunca os meios geraes, ou os antisyphiliticos. Foi depois que Brassavola e Nicoláu Massa confundirão a blennorrhagia com a syphilis, que se tentou empregar as preparações mercuriaes, ou os mesmos meios que são aconselhados contra esta affecção; mas hoje, que está estabelecido que a blennorrhagia não constitue mais do que uma inflammação virulenta do canal da urethra, os antisyphiliticos têm sido inteiramente abandonados, e para se combater a affecção só se lança mão de certos agentes, que se administrão internamente, e se applicão externamente ou directamente, ora cada um de per si, ora reunidos ou ao mesmo tempo. Deste modo pode-se dividir a therapeutica da blennorrhagia em meios internos, em meios externos e em meios directos.

Os meios internos são distinctos em especificos e em geraes. Entre os especificos se contão a copahíba, a therebentina, as cubebas e o chlorato de potassa, e os alcalinos; e entre os meios geraes, ou que não têm uma acção especifica, se notão os antiphlogisticos taes como o tartaro emetico, a digitalis, os purgativos, e as espoliações sanguineas, quer geraes quer locaes.

A copahiba é evidentemente um meio muito efficaz no tratamento da blennorrhagia ; mas ella tem um gosto tão nauseabundo, que os doentes perferem algumas vezes ficar com o corrimento urethral a sujeitar-se ao uso desse medicamento. Além disto, a copahiba póde determinar nauseas, vomitos e uma grande irritabilidade intestinal e do estomago, pelo que sereis obrigados a deixal-a de lado para administrar outros meios. E' verdade que o gosto nauseabundo póde deixar de ser experimentado, si administrardes o remedio sob a fórma de capsulas ; mas nem por isso desapparecem os outros inconvenientes que vos assignalei.

Entretanto, como esse meio é incontestavelmente vantajoso na blennorrhagia ; quando tiverdes de administral-o, será melhor que o façais sob a fórma de capsulas, das quaes o doente poderá tomar de 8 a 16 por dia. Se o preço elevado das capsulas de copahiba servir de obstaculo ao vosso doente, então podeis prescrever a poção de Chopart, ou um electuario composto da mesma substancia, de modo que o doente possa tomar envolvida em um pedaço de hostia a dóse de quatro a oito grammas de copahiba por dia.

As cubebas, como a copahiba, dão pelo mesmo modo muito bom resultado no tratamento do blennorrhagia, como observastes nos doentes dos leitos ns. 9, 14 e 16 d'esta enfermaria ; e podeis, ou administral-as na dóse de 8 ou 16 grammas por dia em um pouco de xarope, ou então dál-as combinadas com a copahiba sob a fórma de electuario. O que é necessario é que as cubebas sejão pulverisadas recentemente e guardadas em vasos arrolhados, pois que do contrario não produzirão nenhum effeito.

A therebentina aconselhada por Theodoro Mayerne, medico de Carlos I, e empregada por muitos outros praticos inglezes, tem offerecido algumas vantagens no tratamento da blennorrhagia, sobretudo quando esta é acompanhada de cystite do collo, e de grande secreção mucosa ; porém, nos casos ordinarios, ella é menos efficaz do que a copahiba ou as cubebas.

Si, depois do emprego judicioso destes meios, não se tiver alcançado nenhuma vantagem no tratamento da blennorrhagia, ou si esta fôr acompanhada de grande dôr e irritabilidade da urethra, em logar dos balsamicos póde-se tirar muito maior proveito de certos meios, de que adiante vos fallarei, sobretudo dos alcalinos.

Em minha clinica particular é quasi exclusivamente a estes meios que recorro, e então prescrevo a seguinte poção: chlorato de potassa, 8 grammas ; agua fervendo, 160 grammas : deixe esfriar e ajunte : licôr de potassa e acetato de potassa, aná 12 grammas para tomar desta solução duas colhéres de sôpa tres vezes por dia.

Sob a influencia desta medicação o corrimento blennorrhagico diminue muitas vezes por um modo notavel no fim de 24 horas, e torna-se ao mesmo tempo menos espesso e mais mucoso. Si existe alguma tensão ou peso na parte da urethra correspondente ao perineo, e si a emissão das ourinas é acompanhada de ardor ou de dôr, tudo isto desapparece no fim de dous ou tres dias, de modo que em uma semana ou em dez dias a blennorrhagia póde ter cessado completamente. Entretanto é preciso continuar com o medicamento por mais alguns dias, para que a cura se torne permanente.

Quando a blennorrhagia é acompanhada de intensidade nos phenomenos inflammatorios, a applicação de 10 a 15 sanguesugas ao perineo póde acarretar o desengorgitamento da urethra, e ser de grande proveito ; mas, como methodo geral, a espoliação sanguinea não offerece resultado efficaz, e tem menos acção do que os meios precedentemente indicados.

O tartaro emetico em alta dóse, assim como os purgativos, podem no começo da blennorrhagia produzir uma revulsão favoravel á cura da affecção, mas não são meios com que possaes contar com confiança e certeza. Só emprégo mesmo em minha clinica civil os purgativos quando se dá, ao mesmo tempo que a blennorrhagia, a constipação de ventre, e neste caso prefiro os

calomelanos ou o rhuibarbo a outro qualquer agente purgativo, pela acção prompta e energica que exercem sem despertarem a menor colica e o desenvolvimento de muitos gazes nos intestinos.

O tratamento por meio de applicação directa de certos agentes medicamentosos é de grande efficacia, e constitue mesmo, como disse em uma memoria publicada a este respeito, a arma real de que se póde servir um cirurgião para combater a blennorrhagia.

Esse tratamento consiste no emprego de injecções compostas de diversas substancias dissolvidas em certa quantidade d'agua, segundo o gráo de concentração que queremos que tenha a solução.

Entre as substancias empregadas se contão : o nitrato de prata, o sulphato de zinco, o acetato de chumbo, o tannino, o cato, o laudano, o sulphato de alumina, o de cobre, o chlorureto de zinco, o subnitrato de bismutho, etc. De todas estas substancias, as que dão melhor resultado, ou produzem melhores effeitos, são: o sulphato de zinco, o acetato de chumbo, e o chlorato de potassa.

As injecções deverão ser usadas com moderação. As suas vantagens são incontestaveis. Tenho tentado curar a blennorrhagia sem o emprego de meios locaes, e nunca o consegui.

O que é preciso é recommendar aos doentes que não estejão a fazer injecção todas as horas.

Uma ou duas injecções por dia são sufficientes, e entre ellas tenho prescripto com muito proveito a seguinte formula : solução branda de gomma-arabica 240 grammas, sulphato de zinco 1 gramma, laudano de Sydenham 12 gottas.

Faço substituir algumas vezes o sulphato de zinco pelo chlorato de potassa na dose de 60 centigrammas para a mesma quantidade de vehiculo constituido pela solução de gomma-arabica.

Seja como fôr, para se alcançar um bom resultado das injecções, é preciso que os doentes ourinem antes de emprega-las, e que ellas sejão levadas de modo que a solução medicamentosa se ponha em contacto com a superficie inflammada da urethra.

Com o uso por alguns dias de todos estes meios quasi sempre se alcança a cura da blennorrhagia; entretanto quando a molestia, sob a influencia dos alcalinos ou diureticos, dos balsamicos, e das injecções com o nitrato de prata, ou de sulphato de zinco só ou combinado com outras substancias, não soffrer a menor modificação no espaço de duas a tres semanas, deve-se sondar a urethra, pois que geralmente nestes casos o corrimento blennorrhagico é entretido por um estreitamento ou já formado ou já em via de formação.

Não tenhaes receio, meus senhores, de que as injecções concorrão para as coarctações organicas do canal da urethra, como o povo o acredita geralmente. Dos estudos feitos por todos os especialistas das molestias venereas, e pelos dados que tenho colhido em minha clinica, julgo poder estabelecer que os estreitamentos são em geral o resultado de blennorrhagias que tem tido uma longa duração, e occorrem mais vezes nos individuos que para esta affecção só se submettem ao uso dos remedios internos, do que naquelles que empregão as injecções convenientemente. Não trato aqui do methodo abortivo de Ricord porque decididamente esse tratamento pode provocar accidentes graves sem resultado ulterior para o doente.

Agora que já sabeis quaes os meios therapeuticos de que se póde lançar mão na blennorrhagia, convem que pelo mesmo modo vos trace as regras que deveis seguir no tratamento do accidente venereo caracterisado pelo cancro molle.

Si, como vos disse, esta affecção apezar de sua especificidade não tem uma acção geral sobre o organismo, claro fica que para combatê-la deveis sómente recorrer aos meios locaes.

Desde o tempo de Avincenne e de muitos outros praticos antigos, se tem aconselhado contra o cancro molle o emprego das cauterisações, mas as bases deste tratamento forão sobretudo estabelecidas pelo immortal John Hunter. Este celebre

syphilographo dizia positivamente que o cancro molle podia ser perfeitamente tratado por meio da cauterisação ou da excisão, mas como elle julgava que o accidente, depois de alguns dias de duração, podia tornar-se duro e provocar a infecção geral, aconselhava para prevenir este resultado o emprego das preparações mercuriaes. Ricord por muito tempo sustentou todas estas doutrinas, e julgou estabelecer positivamente que todo o cancro era em seu começo um accidente local, e que, destruido nos seis primeiros dias por uma cauterisação vigorosa, não determinava nenhum accidente syphilitico; mas á vista das provas que lhe forão apresentadas, e de um exame mais acurado que fez a esse respeito, mudou inteiramente de opinião, e chegou á conclusão de que um cancro molle é sempre nos individuos, que nunca soffrêrão de syphilis, um accidente local, e que póde ser completamente destruido pelos meios locaes. Este facto acha-se hoje, como vistes, plenamente confirmado e admittido pelos mais notaveis syphilographos, e julgo ter adduzido experimentalmente bastantes provas para vos deixar convencidos dessa verdade, e pois não tenho aqui mais nada a fazer do que indicar-vos os meios de que vos deveis servir para destruir os cancros molles, ou a sua especificidade, de modo a reduzi-los a uma ulcera simples, que possa cicatrizar facilmente.

De tres meios, meus senhores, podeis lançar mão nestas circumstancias: da excisão, dos causticos e dos modificadores. A excisão é um meio que horrorisa aos doentes, e que exige mais apparato do que a cauterisação. Além de tudo não poderia ser empregada nos casos em que se desenvolvessem muitos cancros, e tivessem estes a séde na glande ou em algumas outras partes dos orgãos sexuaes, como o escrôto, etc.

A cauterisação é o meio mais energico de que geralmente se póde lançar mão.

Muitas substancias tem sido aconselhadas para esse fim. Hunter empregava sempre o nitrato de prata; Ricord servia-se

de uma massa composta de acido sulphurico e de carvão, e outros têm-se servido do chlorureto de zinco, etc.

O nitrato de prata tem uma acção superficial, e os causticos liquidos como o acido chlorhydrico, sulphurico, etc., podem estender-se ás partes sãs, e dar em resultado uma cauterisação desnecessaria; por isso prefiro, como tendes visto neste serviço, a massa carbo-sulphurica de Ricord ou o chlorureto de zinco.

O que é necessario é que estes causticos sejão applicados de modo a comprehenderem toda a extensão do cancro, e a determinarem em toda a profundidade a destruição dos tecidos alterados pelo virus. Si a cauterisação fôr praticada perfeitamente bem, tereis, depois da quéda da eschara que se formará, uma ulcera simples cuja cicatrisação marchará geralmente com rapidez; mas si o cancro não fôr destruido profundamente em toda a sua extensão, podeis empregar de novo a cauterisação; e si a ulcera que d'ahi tiver resultado, demorar-se em sua cicatrização, recorrereis ás applicações, sobre a ulcera, de fios embebidos em vinagre ou vinho aromaticos, ou em uma solução de opio, ou então mandareis lavar a ferida com uma solução de chlorureto de soda, e cobril-a depois com calomelanos, ou com o iodoformio em pó bem fino.

Os calomelanos misturados com o borax e applicados sobre o cancro, e ainda o iodoformio em pó constituem modificadores salutares, principalmente o ultimo, que provoca com segurança e sem dôr a cicatrisação da ulceração venerea.

Em muitos casos o individuo tem uma phimosis congenial ou accidental, e o cancro occupando a face interna do prepucio, a glande, ou o rego balano-prepucial, não póde ser descoberto e submettido á acção dos causticos, ou dos modíficadores de que acabei de vos fallar.

O que fazer então? O receio de que a ferida resultante de uma circumcisão ou da operação da phimosis possa converter-se

com certeza em um cancro, tem feito com que se recommende em taes casos que o pratico se limite ao uso das injecções detersivas, calmantes ou anti-septicas, até que o engorgitamento inflammatorio se desvaneça, e se possa recorrer aos meios directos.

Si a balanite ou balano-posthite for aguda, a operação da phimosis não deve em taes casos ser praticada, por quanto a circumcisão não se effectuará e toda a ferida se converterá em um cancro. Sereis obrigados em taes casos a vos limitar ao uso das injecções calmantes e anti-septicas compostas do acido phenico e do hydrato de chloral e opio.

Mas si a inflammação fôr moderada, e estes meios não tiverem produzido a menor modificação no trabalho ulcerativo, logo que o doente não se opponha, recorrereis á operação da phimosis.

Resolvida a operação, deve-se previamente lavar todas as partes com liquidos antisepticos, e si fôr possivel praticareis a cicumcisão por modo a fazer a excisão do cancro. Si este não poder ser excisado, então depois da operação ou procurareis cural-o com o iodoformio ou lançareis mão da cauterisação feita, como vos disse, pela massa *carbo-sulphurica* de Ricord, ou pelo chlorureto de zinco. No primeiro caso toma-se a massa, e, applicando-a em toda a extensão do cancro, deitão-se em cima alguns fios até que ella se torne solida; no segundo caso talha-se um pedaço de chlorureto de zinco que tenha a grandeza exacta do cancro, e depois de prendel-o sobre este por meio de uma tira agglutinativa e uma atadura, deixa-se alli por espaço pouco mais ou menos de 2 horas, tempo necessario para a formação da eschara e destruição completa dos tecidos impregnados pelo virus do cancro.

A cauterisação, meus senhores, é um meio que póde ser empregado em todos os periodos do cancro, menos quando este se achar em via de cicatrização, pois que então elle já terá perdido o seu caracter especifico, e não passará de uma simples ferida,

que não será mais inoculavel nem no mesmo nem em outro qualquer individuo ; e é este mesmo, meus senhores, o signal que vos servirá para reconhecer, depois do effeito da cauterisação, si o cancro ainda conserva o seu caracter especifico, ou si ainda não foi modificado convenientemente. Quando na verdade restar-vos alguma duvida a tal respeito, tomai o pùs da ulcera e praticai a inoculação. Si o resultado fôr positivo, deveis ter a certeza de que o virus não foi destruido com a cauterisação, e então renovai a applicação deste meio ; si, pelo contrario, o resultado fôr negativo, é que o cancro se acha transformado em uma ulcera simples, que com facilidade poderá cicatrizar-se.

Tereis em vossa pratica futura muitas occasiões de observar uma das mais terriveis complicações do cancro venereo simples que é o phagedenismo. O cancro syphilitico e todas as affecções ulcerosas especificas ou escrofulosas são susceptiveis da mesma complicação. O phagedenismo se traduz por um caracter roedor do trabalho ulcerativo, em virtude do qual os tecidos em pouco tempo podem ser destruidos em superficie e em grande profundidade.

Essa terrivel complicação deverá, meus senhores, merecer de vossa parte a mais accurada attenção, tanto mais quanto ainda paira sobre as suas causas a maior incerteza e obscuridade.

Como a grangrena, o phagedenismo parece muitas vezes ligado á uma debilidade geral, á uma anemia profunda ou a péssimas condições hygienicas que cerção os doentes ; outras vezes, porém, o estado geral do doente não é apparentemente desfavoravel e o phagedenismo que é sempre a expressão symptomatica de uma condição morbida inapreciavel, se revela destruindo o prepucio, a glande, a urethra e as partes visinhas por um modo assustador.

Ao phagedenismo algumas vezes se reune a gangrena — dous estados morbidos que só têm de semelhante o caracter destruidor, mas que se distinguem um do outro pela natureza intima do processo que lhes dá origem. E' assim, meus senhores, que na

gangrena formão-se placas mais ou menos extensas, nas quaes toda a vitalidade desapparece progressivamente, e entre as partes vivas e mortas se manifesta o sulco que as separa; ao passo que no phagedenismo o processo ulceratico obra como uma substancia corrosiva que destróe os tecidos e os transforma em uma putrilagem que se mistura com o pús, sem que se possão perceber os caracteres dos tecidos invadidos pelo trabalho ulcerativo.

Seja como fôr, é preciso proceder com a maior intrepidez logo que se manifestar o phagedenismo, e por isso, além dos meios reconstituintes e analepticos, applicareis sobre as partes o composto seguinte que em alguns casos me tem dado resultado satisfactorio: glycerina pura 44 grammas, iodoformio 4 grammas, hydrato de chloral 8 grammas, laudano 2 grammas. Embebe-se um bom chumaço de fios n'esse glyceroleo e applica-se sobre as partes invadidas pelo phagedenismo, tres a quatro vezes por dia.

Ricord aconselhava para uso interno e externo a solucção de tartrato-ferro-potassio na dóse de 240 grammas d'agua distillada para 32 grammas d'este sal. O doente devia tomar tres colheres da poção diariamente e curar duas vezes por dia a ulceração com fios embebidos no mesmo liquido.

No caso em que o phagedenismo resista a esses meios, não recuareis diante de uma larga cauterisação com chlorureto de zinco ou com o ferro em braza.

Em um caso de phagedenismo extenso da raiz da côxa e da nadega, consegui limitar o processo morbido por meio da cauterisação thermica de Pacquelin.

O uso do iodureto de potassio e das preparações mercuriaes quando o phagedenismo complicar as manifestações syphiliticas não deve nunca ser esquecido. Não vos amedronte em taes casos o estado de debilidade do vosso doente. As melhoras d'este se manifestarãõ, e com ellas a debilidade e fraqueza organicas se modificarãõ em um sentido muito favoravel.

Si em logar de um cancro molle tivesseis de tratar de um cancro duro, é ainda aos meios locaes precedentemente indicados, que deveriéis recorrer, mas como esse accidente constitue um indicio positivo de que a economia se acha infeccionada pelo virus syphilitico, claro fica que o tratamento local deve ser acompanhado do emprego de meios geraes, tendentes a modificar a acção do virus e a impedir a serie de manifestações que têm de desenvolver-se debaixo de sua influencia.

Está hoje provado que é ás preparações mercuriaes que, nestas circumstancias, se deve recorrer, e entre ellas as que me tem dado melhores resultados são: o licôr de Van Swieten e o proto-iodureto de mercurio. Emprégo o primeiro meio na dóse de meia colher de chá por dia em um calix d'agua simples ou assucarada, elevando de 8 em 8 dias a dóse até chegar a uma colhér de sôpa diariamente; e o segundo meio administro sob a fórma de pilulas pelo seguinte modo: proto-iodureto de mercurio uma gramma, thridaceo duas grammas; F. S. A. 40 pilulas. Faço com que o doente tome diariamente uma destas pilulas durante oito dias, no fim dos quaes duplico a dóse, e assim successivamente, até que chegue a tomar de 4 a 5 por dia. Sobre cada pilula prescrevo muitas vezes um calix ou uma chicara de tisana de salsaparrilha adoçada com o xarope de Cuisinier, e continuo assim com este tratamento algum tempo depois da cicatrização do cancro, ou do desapparecimento das syphilides, se acaso o doente me tem procurado quando estas se achavão em plena evolução.

Em todo o caso é preciso prestar muita attenção aos effeitos das preparações mercuriaes sobre a bôca, e suspender o medicamento logo que a salivação tornar-se mais abundante, ou então administrar ao mesmo tempo o chlorato de potassa na dóse de 4 grammas para 280 grammas de um julepo gommoso, meio este que como sabeis, é o especifico por excellencia contra o ptyalismo mercurial.

Tal é, meus senhores, o tratamento empregado contra as manifestações primitivas da syphilis. Quando esta der logar a accidentes terciarios, taes como sejão as ulcerações da garganta e da superficie do corpo, os tumores gommosos, as periostites etc., deveis então recorrer ao uso do iodureto de potassio, na dóse de 4 grammas em agua distillada, ou em uma tisana de salsaparrilha, elevando successivamente a dóse a 6, 8, 10, e mais grammas por dia, pois que está confirmado pela obsérvação que o iodureto em pequenas dóses não produz effeito e nas dóses indicadas exerce sobre a molestia uma influencia benefica, sem causar o menor inconveniente.

Nos casos mesmo de syphilis primitiva, rebelde ao iodureto de mercurio ou ao licor de Van Swieten, se tira muitas vezes, como foi notado por muitos syphilographos, e como tenho tido occasião de observar, um excellente resultado com o emprego simultaneo desses meios, e do iodureto de potassio.

A natureza d'este curso não dá logar a que possa entrar em mais considerações a semelhante respeito; mas estou certo de que na exposição que vos fiz, encontrareis as bases do tratamento das tres affecções venereas, sobre as quaes procurei chamar a vossa attenção.

QUINQUASEGIMA QUARTA LIÇÃO

DA PHIMOSIS

SUMMARIO:—Exposição de um caso de phimosis complicada de inflammação prepucial e de cancro venereo.—Indicação a preencher.—Methodos de tratamento.—Apreciação do tratamento pela dilatação.—Casos em que póde ter applicação.—Meios empregados para a sua execução.—Vantagens da pinça de Nelaton.—Valor do methodo pela incisão.—Accidentes a que os doentes se achão expostos.— Objecções feitas a este methodo e á circumcisão da phimosis complicada de cancro.— Regras a seguir em taes casos.— Momento em que se póde recorrer á operação.—Parallelo entre os methodos da incisão e circumcisão.—Razões apresentadas a favor de um e outro methodo.—As vantagens parecem pertencer ao methodo da circumcisão.—Processo ordinario.—Suas desvantagens.—Descripção do processo de Deboué.—A sua execução não tem vantagens superiores ao processo de Ricord.—Instrumentos necessarios.—Descripção d'esse processo.—Cuidados preliminares.—Regras a seguir no curativo.—Accidentes que occorrem.—A intervenção cirurgica não se limita á phimosis complicada de cancro.—Accidentes a que expõe este vicio de conformação.—Necessidade de estabelecer a distincção entre os dous generos de phimósis congenial.—Operação applicada a cada um d'esses generos.—Conclusão.

MEUS SENHORES,

Frequentemente tereis occasião de observar no exercicio de vossa profissão casos semelhantes ao que submetto ainda hoje á vossa apreciação e estudo, e, comquanto a affecção em si não seja de ordem elevada e de importancia cirurgica muito notavel, todavia não só pela razão que acabei de vos apresentar, como pelo dever que me assiste de vos guiar no conhecimento pratico das molestias, desejo fazer a esse respeito algumas considerações que justifiquem o procedimento que devo ter n'este caso e que vos proponho a seguir em casos semelhantes. O doente que aqui vedes teve sempre, segundo me referiu, a glande coberta pelo prepucio, e havendo contrahido relações sexuaes com uma mulher, notára

no fim de poucos dias uma inflammação do prepucio, acompanhada de dôres e de um corrimento purulento que provinha do interior do sacco prepucial. Submettido por espaço de 40 dias ao uso de algumas injecções emolientes sem alcançar melhora alguma, resolvera a vir tratar-se n'este hospital, onde fôra occupar na enfermaria de clinica o leito n. 34.

Examinando-o no segundo dia depois de sua entrada, notei com effeito que o prepucio, excedendo a glande na extensão de 2 centimetros, se achava, bem como a metade da bainha do penis, entumecido, rubro e lusidío e que pela pequena fenda que existia na extremidade anterior transudava ou corria um liquido sero-purulento pouco abundante mas nimiamente fetido. Verifiquei por meio da apalpação que a sensibilidade d'essa parte se exagerava, e que havia um ponto no lado direito do prepucio em que a consistencia dos tecidos era profundamente mais notavel do que no resto de sua extensão, e no qual a dôr se tornava mais pronunciada.

A impossibilidade que havia de descobrir a glande e de examinar a face interna do prepucio, não permittiu que todos os caracteres da lesão ou da affecção que se traduzia por esse augmento de consistencia de uma parte dos tecidos, fossem apreciados; todavia não tive receio em ligal-os á existencia de um cancro venereo, sem poder desde logo assegurar si este seria simples ou syphilitico. Em todo caso qualquer que seja a natureza do cancro, o que convem n'este instante saber é de que meios devo lançar mão para tratar esse doente.

Elle tem uma phimosis, e esta deformidade que, pela historia do doente, era congenial, se apresenta complicada de uma inflammação e de uma dureza que parece ligada á existencia de um cancro simples ou syphilitico.

Já vos disse, tratando em outra occasião das molestias venereas, que era de toda a conveniencia destruir a ulcera venerea pela cauterisação ou modificar a sua natureza pelos diversos meios que vos fiz conhecer.

Ora, n'este caso não se poderá lançar mão de nenhum d'esses meios, pela simples rasão de que não se póde descobrir a ulceração. Essa impossibilidade não é absoluta, por quanto ella depende da phimosis, e, destruida ou combatida esta deformidade, será facil descobrir o cancro e applicar os meios convenientes. Mas para destruir a phimosis só poderia recorrer á dilatação, á incisão ou á operação da circumcisão.

O methodo da dilatação não deixa de dar bons resultados quando o prepucio não é muito exhuberante, e a orla em volta de seu orificio é delgada ou estreita, ou em outros termos, quando a phimosis é congenial, simplės, e não se caracterisa senão pela atrezia linear de seu orificio.

Quando porém a phimosis apresenta-se em condições oppostas, quer seja congenial quer accidental, principalmente complicada de cancro venereo, o methodo da dilatação, si vem facilitar o descobrimento de toda a glande, não permittirá que a ulceração fique exposta para os curativos, e de cada vez que estes forem feitos haverá necessidade de exercer tracções que serão prejudiciaes e se opporão á cicatrisação. Os resultados serião pois mais desvantajosos do que si vos limitasseis a empregar as injecções antisepticas e detersivas, por quanto evitarieis as tracções e repuxamentos das partes, sem os perigos de produzir, como aconteceria com a dilatação, dilaceração ou fendas que se poderião, como estas, converter em outros tantos cancros venereos.

A dilatação pois deve ser reservada para os casos simples de phimosis congenial sem complicação de qualquer natureza. Esse methodo de tratamento é de facil execução. Uma pequena pinça de curativo é introduzida pelo orificio prepucial até á base da glande, e, depois de separados os seus ramos, é ella retirada gradualmente de modo a dar ao prepucio a dilatação sufficiente para arregaçal-o ou descobrir a glande com facilidade. Em alguns casos é preciso repetir a operação por mais de uma vez ou na mesma sessão ou em dias subsequentes.

Os resultados obtidos por esse processo nem sempre são favoraveis; por isso o professor Nelaton fez construir uma pinça D de tres ramos acotovellados em angulo recto em sua extremidade, e munida de um mecanismo, por meio do qual se produz um affastamento parallelo desses ramos A, B, C (fig. 35).

Com esse instrumento pode-se, como já vos tenho mostrado, produzir em um instante a dilatação em gráo bastante consideravel para arregaçar o prepucio até á base da glande.

Ha muita precisão e perfeição na dilatação por meio da pinça de Nelaton; porém é necessario entreter o resultado alcançado, e, como vos disse ha pouco, o methodo não póde ter applicação

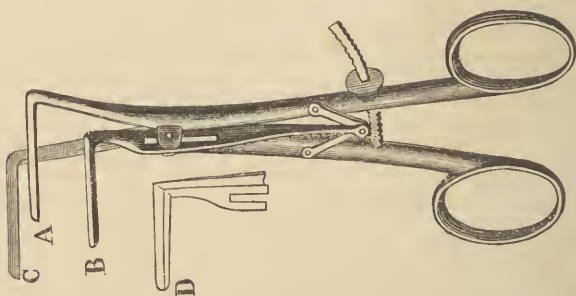



Fig. 35. — Pinça de Nelaton para a dilatação do prepucio em caso de phimosis.

senão em casos especiaes em que não haja exhuberancia notavel nem certo espessamento de uma grande parte do prepucio, e muito menos quando a phimosis seja complicada de balanite, de balano-posthite ou de cancro venereo.

E' nestes casos que só se encontra recurso na incisão ou na circumcisão.

Não se tem deixado de attribuir a qualquer d'essas operações os maiores perigos e os mais graves accidentes, principalmente em relação ás phimosis complicadas de cancro venereo; e muitos cirurgiões não admittem nenhum desses meios de tratamento.

Não nego que se tenhão observado accidentes graves, e que hajão fallecido alguns individuos em virtude da circumcisão ou da operação da phimosis pela incisão; mas por meu lado nunca tive occasião de observar entre muitas operações de circumcisão que aqui pratico todos os annos, um só caso em que o estado do doente viesse inspirar-me qualquer cuidado ou que se désse qualquer perturbação extraordinaria, e demais não posso guiar-me senão pelo que a observação me tem ensinado.

No caso de balanite ou de balano-posthite a ferida resultante da incisão ou da circumcisão poderá soffrer a falta de uma adhesão por primeira intenção, e fica assim retardada a cicatrisação, mas a inflammação não se torna exagerada, nem dá ensejo a accidentes graves.

Não será entretanto perigoso recorrer a qualquer desses methodos de tratamento nos casos da phimosis complicada de cancro venereo? Esta pergunta me tendes dirigido por diversas vezes, e é chegada a occasião de vos iniciar nos principios que a este respeito tenho estabelecido.

Quando a phimosis é complicada de cancro venereo e de inflammação intensa, trato primeiramente de moderar os phenomenos inflammatorios por meio dos resolutivos e das injecções detersivas ou anti-septicas, para depois proceder á operação que a phymosis possa reclamar. Si entretanto os curativos não trazem nenhuma modificacão ou pela abundancia da suppuração reconheço que ha necessidade de pôr o cancro a descoberto, ou este occupa uma posição em que por meio da operação póde-se fazer a sua excisão, não trepido em recorrer á operação.

Apresenta-se sempre a objecção de que a ferida póde ser inoculada e converter-se em um novo cancro mais extenso que o cancro que foi excisado.

Os factos d'esta ordem não são raros, e ainda mesmo que não houvesse nenhuma excepção á regra geral, substituir um cancro em que não se póde fazer uma applicação directa e destruir o

principio virulento por um outro cancro que ficasse á vista e podesse ser tratado convenientemente, não deixaria nunca de ser uma regra perfeitamente admissivel e de incontestavel vantagem.

O que é necessario, meus senhores, é prevenir o doente de todas essas consequencias, sem entretanto exageral-as, e por fim tomar todas as precauções para que a desinfecção seja estabelecida perfeitamente muito antes de proceder á operação.

A' vista do que acabo de vos dizer, comprehendeis que não trepidarei em tratar o doente que aqui se acha de conformidade com os principios que estabeleci.

A affecção data de 40 dias; a inflammação não é muito intensa, e ha necessidade de proceder-se ao curativo directo do cancro. Mas á qual dos dous methodos devo dar preferencia? Devo limitar-me ao methodo da incisão ou pelo contrario devo praticar a circumcisão?

Si ha divergencia entre os cirurgiões em relação á preferencia que se deve dar a qualquer desses methodos de tratamento em casos de phimosis sem complicação; se muitos opinão pelo methodo da incisão, outros ha que julgão que a circumcisão é muito preferivel. A razão preponderante parece ser que a incisão dá em resultado uma ferida menos extensa do que a circumcisão, mas acho que esta rasão não deve ter grande valor, quando se vê que a ferida resultante da circumcisão é mais regular e mais perfeita do que a ferida proveniente da incisão.

Neste caso quer se acceite o processo de Roser ou da simples incisão dorsal do prepucio, quer se admitta o processo de Jobert de Lamballe ou das incisões lateraes, não se tem uma ferida em que a conformação exterior das partes seja tão perfeita como a que resulta da circumcisão.

No processo de Roser ou no processo da incisão dorsal ficão dous angulos lateraes salientes e de fórma pouco regular, e no processo de Jobert de Lamballe deixão-se duas valvulas uma na parte

anterior e outra na posterior da glande, que não podem ter uma grande perfeição de formas.

Além dos inconvenientes apontados accresce, meus senhores, que pelo methodo das incisões não se faz a excisão ou a ablação do cancro como póde succeder por meio da circumcisão a menos que a ulceração seja muito extensa ou tenha sua séde nas proximidades ou sobre o rego balano-prepucial.

E' preciso que a phimosis não seja ainda nos casos ordinarios acompanhada de exhuberancia do prepucio, ou que apenas se dê atresia do seu orificio para que o methodo das incisões encontre indicações positivas. Ainda assim eu prefereria o methodo pela dilatação, a menos que a phimosis fosse complicada de balanite ou balano-posthite, caso este em que o cirurgião teria de escolher entre a incisão e a circumcisão, não havendo motivo para ser criticado si escolhesse ou désse preferencia á circumcisão.

Com muito mais razão este methodo terá, meus senhores, as suas vantagens, quando tratar-se de phimosis complicada de cancro venereo, e a operação seja indicada.

A que processo de circumcisão se deve recorrer? O processo ordinario que consiste em prender por meio dos dedos ou de uma pinça a porção exhuberante do prepucio e cortal-a com uma thesoura, com o bisturi ou com a faca do cauterio de Pacquelin ou do galvano-caustico, traz sempre como consequencia invariavel deixar intacta a folha mucosa do prepucio, a qual reclama a excisão, dando em resultado grande desigualdade e falta de correspondencia entre a folha mucosa e cutanea.

Todos os cirurgiões tem notado esse inconveniente, e numerosos são os meios propostos para removel-o.

O Dr. Deboué em 1869 propoz o seguinte processo: incisa-se a face dorsal e mediana do prepucio em toda a sua espessura desde a limbo até á corôa do glande, e têm-se assim duas valvulas prepuciaes uma á direita outra á esquerda, cujo affastamento permitte ver facilmente toda a extensão da face mucosa. Prende-se então

com o pollegar e indicador da mão esquerda uma dessas valvulas, bem na vizinhança da ferida e do sulco balano-prepucial, de sorte que a pelle e a mucosa adquirão suas relações naturaes, e com a mão direita toma-se um fio encerado e bastante grosso, de 40 a 50 centimetros de comprimento munido de tres agulhas rectas ou curvas, e atravessa-se o prepucio com a agulha por onde passa uma das pontas do fio, perpendicularmente á sua superficie e de dentro para fóra, isto é da face mucosa para a face cutanea. A agulha deve passar a 2 millimetros para fóra e para diante do ponto em que tem terminado a incisão, na visinhança da corôa da glande. Com a agulha presa á outra ponta do fio atravessa-se ainda o prepucio sempre de dentro para fóra e ao nivel do sulco da glande, mas d'esta vez o ponto é feito immediatamente sobre o lado direito do freio.

Toma-se emfim a terceira agulha que occupa o meio do fio, e á igual distancia dos dous outros pontos, atravessa-se ainda o prepucio de dentro para fóra e sempre sobre o mesmo sulco balano-prepucial. Logo que a ultima agulha tem atravessado o prepucio, corta-se a alça do fio que ella prende, e têm-se assim, segundo o Dr. Deboué, dous fios em logar de um, e esses dous fios formão duas curvas que se olhão por sua convexidade. Feito isto, pucha-se levemente a ponta de um dos fios de modo a reconhecer-se a outra ponta, e, estas duas pontas bem reconhecidas deita-se uma para o lado do pubis e outra para a extremidade anterior do penis, ou uma para o lado esquerdo e outra para o direito. Em seguida são ellas confiadas a um ajudante que distende o fio puxando em sentido inverso sobre os dous extremos. Repete-se o mesmo com o segundo fio, e as duas pontas são entregues ao mesmo ajudante de tal sorte que este ultimo distenda ao mesmo tempo com uma mão as duas pontas anteriores e com a outra as duas pontas posteriores dos dous fios.

Os dous fios ficando assim distendidos, o cirurgião torce fortemente uma sobre outra as duas pontas correspondentes, em quanto

o ajudante torce as outras duas pontas em sentido inverso, ficando o prepucio estrangulado entre os dous fios situados no mesmo nivel, um sobre a face cutanea o outro sobre a face mucosa.

O ajudante distende em seguida com as duas mãos as extremidades dos fios assim torcidos, em quanto o cirurgião prende e distende com os dedos da mão esquerda toda a valvula prepucial e resciza essa metade de prepucio, guiando-se constantemente pelo fio e fazendo partir a secção a dous millimetros mais ou menos acima do mesmo fio.

A operação feita de um lado é repetida no lado opposto de modo que a secção do prepucio póde ser feita de ambos os lados ao mesmo tempo, procedendo-se em um primeiro tempo á passagem dos fios e em um segundo tempo á rescisão das duas valvulas prepuciaes. A secção é feita com thesouras curvas ou rectas, e a mucosa é reunida á pelle por meio das *serras-finas* ou pelos fios que forão passados atravez das valvulas prepuciaes.

Ainda que o Dr. Deboué julgue que o seu processo preencha perfeitamente todas as condições exigidas para a regularidade da operação, e não offereça a menor difficuldade em sua execução, todavia acho que o processo do Dr. Ricord não deixa nada a desejar pela rapidez com que póde ser executado, sem receio de que a pelle exceda os limites da secção da folha mucosa. E' cousa apenas de simples cuidado no acto operatorio. Sabeis todos em que consiste esse processo que tantas vezes me tendes visto pôr em pratica neste recinto.

Apenas necessita-se para executal-o de um bisturi de lamina occulta, de uma longa pinça, de um bisturi ordinario e de agulhas munidas de fios de seda ou metalicos para a costura.

Depois de se terem desinfectado pela solução phenica todos esses instrumentos, sustenta-se o penis com a mão esquerda e leva-se o bisturi de lamina occulta pelo orificio prepucial e face anterior da glande até que a ponta chegue perto do rego balanico. Retira-se a bainha do bisturi, e com este punctura-se o prepucio da

face mucosa para a superficie cutanea (fig. 36); e, repellindo-se a glande para cima, entre esta e o bisturi applica-se a pinça de modo a comprehender toda a porção do prepucio que deve ser ex-

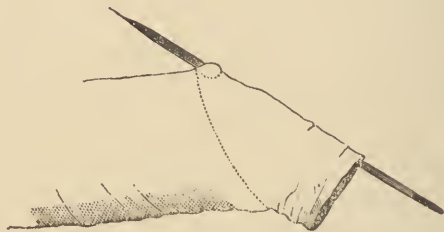



Fig. 36. — Primeiro tempo da circumcisão pelo processo de Ricord.

cisada (fig. 37) Não resta senão cortar com o bisturi todos os tecidos collocados logo atraz da pinça da parte superior para a inferior, servindo o bisturi que atravessa o prepucio de instrumento

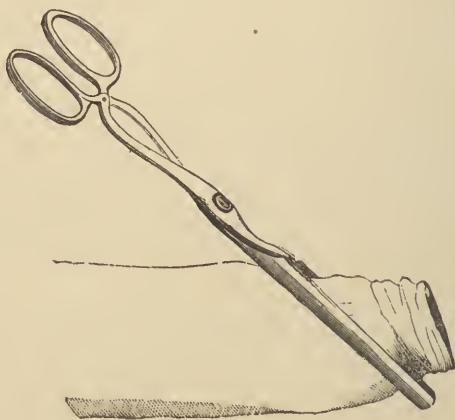



Fig. 37. — Applicação da pinça sobre a porção do prepucio que deve ser excisada.

de tracção para que a secção seja bem regular e a mucosa cortada ao mesmo nivel que a pelle. A secção póde ser feita por meio da faca do cauterio de Pacquelin ou do galvano-caustico.

Com um bisturi ordinario de lamina estreita á cuja ponta seja prêsa uma pequena bola de cêra, ou com um fino trocater de hydrocele, cujo perfurador seja recolhido na canula até chegar ao ponto competente da face interna do prepucio, póde ser este atravessado e prêso facilmente para soffrer ulteriormente a competente excisão.

Existem aqui os instrumentos necessarios para a circumcisão, e esta será praticada conforme os preceitos que ha pouco vos indiquei ; mas com as modificações exigidas pelo caso especial que tendes debaixo das vistas.

Eu vos recordarei ainda que se trata de uma phimosis complicada de cancro, e assim antes de proceder á operação eu tratarei de fazer diversas injecções com a solucção phenicada fraca afim de retirar todas as materias infectantes que possão existir no sacco prepucial.

Essa lavagem acabou de ser feita por um modo que me parece completo, e vou proceder em seguida á operação.

A sua execução, como acabastes de ver, não apresentou nenhuma difficuldade. A excisão da pelle não corresponde á da folha mucosa ; mas a differença não é sensivel. A mucosa se reflecte bem sobre o limbo cutaneo, e o que é mais importante é que o cancro foi excisado com o prepucio.

Um facto para que chamo a vossa attenção, é para a pequena quantidade de sangue que transuda da ferida. Quando se tem o cuidado de poupar o freio da glande, não ha receio de que o corrimento sanguineo seja muito notavel.

A hemorrhagia é um phenomeno que nunca observei na circumcisão. Entretanto ella tem sido assignalada por diversos cirurgiões, e a sua possibilidade exigirá sempre de vossa parte o maior cuidado para que somente a união seja tentada e executada depois que a hemostasia se torne perfeita ou pela torsão ou pelas ligaduras ante-septicas.

Para a costura da ferida vou empregar, como tenho feito em todos os casos, fios de prata bem finos. Prefiro este meio ás

serras-finas de Vidal de Cassis, porque os doentes o tolerão com mais facilidade, e posso obter a união com mais segurança. Com as *serras-finas* a pressão é muito forte, e, quando as empreguei no começo de minha pratica, notei sempre que um ou mais pontos em que ellas tinhão sido applicadas havião cahido em mortificação, o que determinava bastante demora na cicatrisação total da ferida.

Não tenho receio, meus senhores, de praticar a costura de toda a solução de continuidade, visto ter sido o cancro excisado com a porção excendente do prepucio. Se elle não o fosse, antes que a materia virulenta podesse invadir a ferida e transformal-a em um outro cancro, trataria sem demora de destruil-o por meio da cauterisação ou com o acido chromico ou com o chlorureto de zinco.

Independentemente dos maiores cuidados de limpeza e dos curativos feitos segundo os preceitos de Lister, não posso ter a certeza de que a união se faça por primeira intenção. Contra isto ha a considerar a inflammação de que o prepucio era a séde e que deverá oppor-se ao trabalho adhesivo; mas, como tenho observado em outros casos identicos a este, a falta de união será apenas superficial e se limitará a uma ou outra parte da ferida, e ainda assim a cicatrisação poderá ser activada por meio da applicação do iodoformio em pó, precedido das lavagens phenicadas feitas com methodo e cuidado.

Si, porém, contra a minha expectativa, o trabalho inflammatorio, em logar de retroceder, vier a tomar grande desenvolvimento, tratarei de retirar immediatamente todos os pontos metallicos, e envolverei o penis com compressas embebidas em uma solução branda de opio, as quaes serão molhadas com o mesmo liquido de instante a instante, de modo a permanecerem sempre humidas e em condições de poderem exercer uma acção sedativa e de effeito prompto e salutar.

A phimosis, meus senhores, não exige sómente a operação, quando ella se complica de cancro venereo. Sem nenhuma com-

plicação, esse vicio de conformação deve sempre merecer os cuidados do cirurgião, por quanto algumas vezes a incontinencia nocturna das ourinas entre as crianças, as pulluções durante o somno e o onanismo entre os rapazes têm em muitos casos como causa occasional ou predisponente a propria phimosis, e em verdade a glande em taes casos é mais sensivel ás excitações e aos attritos do prepucio, com manifestações eroticas que terminão pelas pollucões nocturnas, pela incontinencia das ourinas, ou pelas masturbações.

Já tenho sido consultado por diversos individuos cujos filhos se entregavão ao onanismo, ou soffrião de pollucões nocturnas, e nos quaes conhecendo que essas perturbações funccionaes estavão ligadas á existencia de uma phimosis, tenho obtido resultados admiraveis por meio da circumcisão.

Além dos inconvenientes que vos apontei, accresce ainda, meus senhores, que a seccreção sebacea que se accumula, por falta de limpeza, entre a glande e o prepucio, misturando-se com as ourinas, se altéra provoca uma irritação balano-prepucial, seguida de excoriações, de balano-posthite ou de vegetações papillares mais ou menos exhuberantes e extensas. Alguns cirurgiões acreditão ainda que os individuos affectados de phimosis são mais sujeitos a contrahir as affecções venereas, como a blennorrhagia e os cancros simples ou syphiliticos, do que aquelles que não apresentão esse vicio de conformação. Si as excoriações e macerações da mucosa balano-prepucial são phenomenos communs nos individuos que soffrem de phimosis, não vos deve admirar que estes sejão mais aptos a contrahir as molestias venereas.

A' vista de tudo isto já vedes pois, meus senhores, que a intervenção se impõe por um modo positivo nos casos de phimosis, a menos que sobrevenha accidentalmente como symptoma da *diabete*.

Quanto ao methodo e processo operatorios a empregar já deixei entrever a minha opinião.

E' preciso, antes de tudo, estabelecer uma distincção: a phimosis, como sábeis, offerece duas variedades bem distinctas. Na primeira o sacco prepucial tem sómente o comprimento necessario para cobrir a glande, mas esta não póde ser descoberta em virtude da atresia mais ou menos consideravel do orificio prepucial; na segunda ha, junctamente com o apêrto prepucial, uma superabundancia excessiva ou alongamento notavel do prepucio.

Si a pelle não excede á glande e o apêrto é linear, encontrareis na dilatação pelo processo de Nelaton os recursos necessarios para curar o vosso doente; mas se o apêrto fôr extenso e constituido por um tecido espesso e resistente, os resultados, como já tenho observado, não são dos mais lisongeiros. Seria mais favoravel e de vantagens incontestaveis o methodo da incisão mediana dorsal, segundo o processo do professor Roser.

No caso de phimosis com exhuberancia do prepucio, dou preferencia ao methodo da circumcisão pelo processo de Ricord segundo os preceitos de que ha pouco vos fallei.

QUINQUAGESIMA QUINTA LIÇÃO

DA ELEPHANTIASIS DO ESCRÔTO

SUMMARIO.— Descripção de um caso de tumor do escrôto.— Caracteres da affecção.— Diagnostico differencial entre o hydrocele, hematocele, o sarcocele, a hernia e a elephantiasis do escrôto.— Phenomenos peculiares a cada uma d'essas affecções.— Campo aberto ás investigações sobre a pathogenia da elephantiasis do escrôto.— Trabalhos originaes brazileiros.— Definição.— Synonimia. — Paizes em que tem sido observada a elephantiasis.— Condições para o seu desenvolvimento.— Etiologia.— Divisão das causas em predisponentes, parasitarias e determinantes.—Opinião do conselheiro Jobim sobre as causas que concorrião para o apparecimento da elephantiasis no Rio de Janeiro.— A elephantiasis não é uma affecção syphilitica.— As lymphatites são a causa determinante.— Symptomatologia.— Phenomenos caracteristicos dos accessos inflammatorios.— Alterações cutaneas.— Perda das funcções genitaes.— Causas que as determinão.— Volume que o tumor póde adquirir.— Os testiculos não soffrem alterações.— Accidentes que complicão a elephantiasis.— O sarcocélo é complicação rara — Anatomia pathologica.— Alterações da pelle, das tunicas testiculares e dos ganglios inguinaes. — Elementos histologicos primitivamente affectados.— A séde deve ser nos vasos lymphaticos cutaneos e sub-cutaneos.— A natureza da elephantiasis é benigna.— Marcha, terminação e prognostico. Periodos assignalados na evolução morbida.— Raridade da cura espontanea, e da terminação pela morte.— A affecção por si mesma não tem gravidade.— Insufficiencia dos meios locaes e internos.— Inutilidade das sangrias, dos anti-syphiliticos e das preparações arsenicaes e sulfurosas.— Emprego da electricidade.— A idéa fundamental da extirpação da elephantiasis deve firmar-se na ablação da massa morbida com a conservação dos testiculos.— Nome dado á operação. Ectomia sem anaplastia e com anaplastia.— Não se podem estabelecer regras especiaes para a operação — Devem variar os processos segundo a extensão das alterações.— Processos do auctor para os dous generos de casos mais communs.— Modo de cortar os retalhos.— Accidentes que occorrem durante a operação.— Execução da operação. — Phenomenos observados consecutivamente.— Suppuração dos retalhos observada em outro caso.— Tratamento empregado.— Considerações sobre o resultado geral da ectomia.

MEUS SENHORES,

Tendo de praticar brevemente uma operação no doente que occupa o leito n. 28 da enfermaria de clinica externa a meu cargo, quero antes disso entreter-vos hoje com algumas considerações acerca da affecção que elle apresenta nos orgãos sexuaes, e que tem de exigir a intervenção cirurgica.

O individuo a que me refiro, chama-se Francisco Antonio Lobo Tavares. E' pardo, livre, de 40 annos de idade, pouco mais ou menos, natural do Rio de Janeiro, casado, sapateiro, pai de cinco filhos, morador na Estrella, de temperamento lymphatico-nervoso e de constituição regular.

Entrou para a enfermaria no dia 16 de Março, e referio que sempre gozára boa saude; mas que, de um anno a esta parte, tendo apanhado muita chuva, lhe proviera um resfriamento seguido de febre, da qual se curára, no fim de alguns dias, com remedios cazeiros. Não tinha passado muito tempo quando foi acommettido de inflammações no escrôto, as quaes se repetirão constantemente, e lhe produzirão pouco a pouco um desenvolvimento consideravel nessa parte, apezar de ter feito uso de banhos do mar e do cozimento de milhomem.

Passando a examinal-o, encontrei prêso ao pubis e ao perineo um tumor ovoidal, com a grossa extremidade voltada para baixo, e estendido daquellas partes até proximo aos condylos do femur (fig. 38). O tumor tem 33 centimetros de comprimento, 55 de circumferencia inferiormente, e 44 de circumferencia superiormente. Na união do terço superior com os dous terços inferiores nota-se uma depressão umbilical formada pela invaginação da bainha do penis, que se acha inteiramente coberto pelo tumor, e pela qual é expellida a ourina sem embaraço algum. Do labio inferior dessa depressão parte uma ligeira saliencia de côr um pouco escura, a qual é constituida pelo raphe do escrôto, e circumda o tumor de diante para trás em toda a sua extensão. Aos lados e anteriormente, a pelle na extensão de 12 centimetros do pubis é flacida, de côr natural, e se acha coberta por alguns pellos; mas no resto de sua extensão é de côr rubra vinosa, e apresenta-se cheia de rugas, dura, coberta de escamas mui finas, e dividida na parte mais grossa do tumor por depressões e saliencias, d'onde transuda um liquido seroso de modo a tornarem-se duros e engommados os pannos que o recebem, apezar de não haver a menor

solução de continuidade. A pressão a mais forte não desperta a menor sensibilidade nos dous terços inferiores do tumor, nem pela apalpação se encontra mais do que uma massa consistente, ou semelhante a tecidos engorgitados; porém mais acima daquelle limite a pressão desperta alguma dôr, e pela apalpação se descobrem dous tumores volumosos de consistencia elastica,

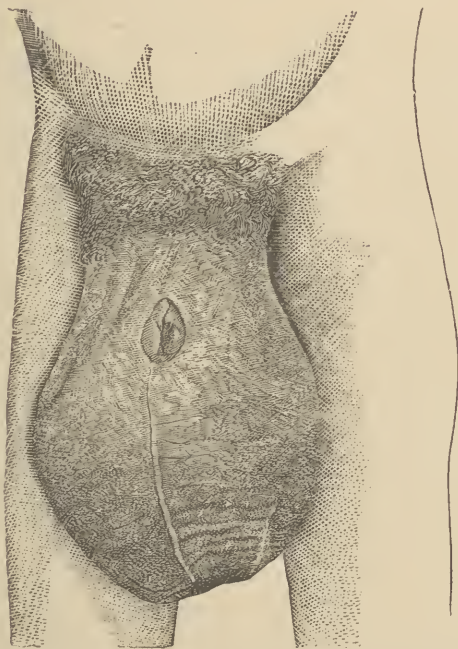



Fig. 38. — Tumor elephantiaco do escrôto com 33 centimetros de altura e 55 de circumferencia. Operação da ectomia e cura, como representa a fig. 40.

constituidos pelos testiculos, tunica vaginal e algum liquido, porquanto percebe-se bem a sensação de fluctuação. Os elementos do cordão parecem intactos, e não apresentão ao lado qualquer parte constituida pelos intestinos. Os ganglios inguinaes de ambas as virilhas se achão um pouco engorgitados e são sensiveis á pressão, e no exame que fiz não encontrei a menor alteração

em outro qualquer orgão. As funcções genitaes, desde que o tumor do escrôto começou a tornar-se pronunciado, cessárão completamente, e o individuo não tem erecção nem pollucões nocturnas. O appetite é bom, e o estado geral o mais satisfactorio possivel.

Qual será pois a affecção que tem esse individuo? Já pela evolução e localisação da molestia, já pelo volume do tumor e estado particular da pelle que o cobre, já finalmente pelo estado geral do individuo, não seria difficil estabelecer o diagnostico. Mas permitti que prosiga na exposição deste assumpto de conformidade com as regras que indiquei, e assim vejamos si a affecção consistirá em um hydrocele, em um hematocele, em um sarcocele, em uma hernia, ou em uma elephantiasis do escrôto.

O hydrocele, por maior que seja o volume adquirido, não desperta uma alteração primitiva na pelle do escrôto, nem esta apresenta-se cheia de elevações e depressões e com uma espessura consideravel. Alem disso, o hydrocele dá pela percussão a sensação de ondulação e de verdadeira fluctuação, e collocando-se, em logar escuro, uma vela ao lado do tumor, e fazendo-se por meio da mão com que os raios luminosos se concentrem em um só lado deste, observa-se a mais das vezes uma transparencia manifesta do lado opposto.

No hematocele a pelle tem a consistencia e aspecto normaes, e pela percussão e apalpação se alcança em alguns casos a mesma sensação de ondulação e fluctuação que acima vos indiquei. A consistencia do tumor é algumas vezes enorme, segundo a alteração que tem soffrido a tunica vaginal; mas a pelle, qualquer que seja a sua espessura, não se apresenta rugosa, dura e cheia de elevações e depressões.

No sarcocele o tumor não adquire grandes proporções; notão-se dôres espontaneas e por fim trajectos fistulosos cheios de fungosidades, e a alteração da pelle não consiste em espessamento hypertrophico dos seus elementos nem dos tecidos subcutaneos.

Nas hernias alcança-se pela percussão um som tympanico, e a redução do tumor com producção de gargarejo. A pelle do tumor não se apresenta hypertrophiada e alterada em sua textura.

Fazendo pois a eliminação d'essas affecções, porque não encontra-se nenhum dos caracteres que lhes são proprios no tumor que apresenta o doente, concluireis commigo que este se acha com uma elephantiasis do escrôto.

O que se deve entender por elephantiasis do escrôto? Quaes as causas desta affecção, como ella se desenvolve, qual a sua natureza, em que elementos do escrôto tem a séde, e quaes os meios de que devemos lançar mão para combatêl-a?

Senhores.—Quando em 1865 estive encarregado do serviço clinico-cirurgico desta faculdade, chamei então a attenção dos alumnos para essa affecção, e disse que, sendo ella frequente em alguns logares do Brasil, e pouco estudada pelos auctores cujos escriptos erão mais consultados, havia um campo para explorações scientificas de grande importancia, e que por esse modo não devião perder a occasião de adquirir um nome illustre na sciencia. Faço-vos a mesma recommendação, e vos incito a cuidar melhor das affecções que nos são peculiares, para que não possais dar o triste espectaculo de só dizer o que encontrardes nos auctores europêos, e sem ao menos saberdes em que consiste a elephantiasis, quaes são as causas que favorecem o seu desenvolvimento, e em que tecidos ella tem a séde.

Nas *lições de clinica cirurgica*, que eu publiquei, expuz o pequeno resultado de minhas investigações, a proposito de um tumor elephantiaco do escrôto que tive de extirpar. Dessa épocha para cá tem havido entre nós uma certa agitação scientifica a respeito das molestias que são peculiares ao nosso paiz, principalmente por parte dos nossos collegas da Bahia; e acabo de lêr na *Gazeta Medica* redigida por uma pleiade de medicos illustres daquella Athenas Brasileira uma excellente memoria, filha da brilhante intelligencia do Dr. Silva Araujo, em que não só se

discutem as questões da natureza parasitaria da elephantiasis como se introduz na therapeutica dessa molestia o tratamento por meio da electricidade.

Servindo-me deste e de outros trabalhos brazileiros, e do que a observação me tem ensinado, procurarei fazer-vos uma exposição mais minuciosa acerca dessa enfermidade ainda muito commum entre nós.

Com o nome de elephantiasis do escrôto se designa, meus senhores, uma affecção caracterisada pela alteração e hypertrophia consideravel da pelle e tecidos subcutaneos, no meio dos quaes os testiculos conservão-se geralmente em perfeito estado.

Synonymia.—Alguns auctores antigos parecem ter observado essa affecção; mas, como não conhecessem a natureza, designárão-na debaixo do nome de *hernia carnosa*. Alguns praticos chamárão-na *molestia das ilhas Barbadas*. Outros derão-lhe o nome de *affecção lymphatica do escrôto, de hernia gelatinosa, de sarcoma gelatinoso, e de affecção glandular*. Larrey descreveu-a debaixo do nome de *sarcocele*, que depois abandonou pelo de *oscheochalasia*, inventado por Alibert, que por sua vez o substituio pelo de *oscheo-terastia-sarcomatosa*, nome que não tem encontrado aceitação entre os praticos. De todos esses nomes o que poderia servir para designar a affecção seria o de *sarcocele;* mas este nome sérve hoje para designar especialmente a affecção cancerosa dos testiculos, e tem-se abandonado todas as denominações inventadas, para se designar a affecção unicamente com o nome de *elephantiasis do escrôto*, visto a identidade de natureza que apresenta com a mesma affecção quando ataca os membros abdominaes.

A elephantiasis do escrôto é uma molestia que tem sido observada na Africa, na Asia, em alguns logares da Europa e da America: no Egypto, no Japão, nas ilhas Barbadas, nas Antilhas, na Martinica, em S. Thomaz, etc.; ella é endemica. Entre nós é muito frequente nas provincias do Amazonas, Pará, Rio de

Janeiro, S. Paulo e em algumas cidades da de Minas-Geraes. Em uma parte do norte do Brazil, e no Rio Grande do Sul é uma affecção desconhecida, e, se existem alguns individuos que a apresentão, não foi alli que a adquirirão. Só se observa pois a elephantiasis dos Arabes nos logares do Brazil em que o clima é quente e humido, ou em que ha certo grau de humidade com variações bruscas de temperatura. No Rio de Janeiro, em que as condições hygrometricas têm-se modificado extraordinariamente com o aterro dos pantanos e melhores edificações, já não se observão tantos individuos com elephantiasis do escrôto, como outr'ora.

Etiologia.—Divido as causas da elephantiasis do escrôto em *predisponentes* e *determinantes*.

Causas predisponentes :

Ao passo que notão-se, meus senhores, muitos casos entre nós de elephantiasis do escrôto, não me consta, nem nunca observei um só caso de elephantiasis da vulva ou dos seios. Deste modo parece que os homens encerrão em si certas condições que os tornão mais susceptiveis de adquirir esta affecção do que as mulheres as quaes são mesmo menos vezes atacadas de elephantiasis das pernas do que os homens. E' possivel que essa predisposição provenha mais do exercicio que fazem os homens, e por conseguinte das suppressões de transpiração a que estes são sujeitos, do que de qualquer outra circumstancia dependente da organisação; mas, seja como fôr, o facto deve ser consignado ainda que a explicação não seja satisfactoria.

São quasi sempre os individuos de temperamento lymphatico-bilioso os que se apresentão mais vezes affectados de elephantiasis do escrôto; mas tambem póde-se observar a manifestação desta molestia em individuos de temperamento lymphatico, ou lymphatico-sanguineo.

Não ha muito tempo que um professor da escola de medicina e cirurgião deste hospital, o illustrado Sr. Dr. Ferreira França, praticou a ablação de um grande tumor elephantiaco do escrôto

em um individuo que apresentava o typo desse temperamento. O nosso doente offerece o typo do temperamento lymphatico-bilioso, e o individuo que operei em 1865, e cuja observação se acha consignada nas minhas *lições de clinica cirurgica* desse anno, apresentava o mesmo temperamento.

O estado lymphatico pois predispõe á essa molestia, e todas as condições que possão deteriorar a constituição como sejão a miseria, a má alimentação, a habitação em logares humidos e quentes, constituem outras tantas causas que predispoem á elephantiasis do escrôto. Assim a observação mostra, pelo menos entre nós, que a elephantiasis escrôtal é muito mais commum na classe que dispõe de poucos recursos, do que na dos individuos que gozão de todos os commodos da vida. A alimentação defficiente e feita com carnes salgadas e deterioradas, de porco ou de vacca, parece ter influencia para a manifestação dessa affecção; pelo menos conheço mais de um individuo de elephantiasis do escrôto, nos quaes a molestia tem ficado estacionaria por mais de 10 annos, depois que elles tomárão a resolução de abster-se das carnes salgadas e de porco, e dos alimentos muitos adubados com temperos e pimentas.

E' porém nos meios em que vivem os individuos onde se descobre uma maior predisposição para a elephantiasis do escrôto. Assim todos os que residem em logares humidos e quentes tornão-se sujeitos a uma semelhante affecção, e na opinião do fallecido conselheiro Jobim, ex-director desta Faculdade, é essa a causa mais importante para a manifestação da elephantiasis dos Arabes, e elle a explica, dizendo que como os individuos que vivem em um clima quente têm a pelle coberta de algum suor, se a evaporação deste não se realiza por causa da humidade, apparecem então as lymphatites e erysipelas com hypertrophia da pelle.

E' pois nos logares ou paizes de clima quente e humido onde se observa commummente a elephantiasis do escrôto. Nas

provincias do Brazil em que o clima é quente e sêcco, ou frio e sêcco, não se observa esta molestia. Assim não me consta que exista no Rio Grande do Sul, em Goyaz, em Matto-Grosso, Piauhy, Ceará, Pernambuco e Alagôas. Alguns individuos que se apresentão com essa affecção nas provincias indicadas tem ido para ellas residir quando já se achavão affectados de elephantiasis.

A existencia desta molestia entre os Arabes, que, por sua religião, têm o habito de lavar com agua fria os orgãos sexuaes, fez nascer a idéa entre alguns observadores de que talvez a repercussão que dahi se originasse não fosse sem influencia sobre a manifestação daquella molestia. Entre nós não ha o habito ou costume de se fazerem essas lavagens frias, mas a humidade dos logares em que se observa com mais frequencia a elephantiasis faz acreditar que as mudanças bruscas de temperatura não são sem influencia sobre essa molestia suprimindo a transpiração.

Causas determinantes:

Alguns praticos, pouco versados aliás no estudo da syphilis, têm dito que a elephantiasis do escrôto é determinada por uma infecção syphilitica, ou não é mais do que a manifestação deste estado.

Basta sómente reflectir que só em certos logares se observa a elephantiasis do escrôto, emquanto que a syphilis é uma molestia que se desenvolve em todos os paizes, para que desde logo recuseis qualquer valor á essa asserção. Na historia dos individuos accommettidos de elephantiasis do escrôto encontrareis raras vezes, como antecedente, a existencia da syphilis, e se a elephantiasis estivesse sob a dependencia desta molestia diathesica, certamente que não a curariamos unicamente por meio de uma operação. Não quer isto dizer que os individuos de elephantiasis do escrôto estejão livres da syphilis, e dos accidentes produzidos por esta molestia; não, podeis encontrar as affecções syphiliticas como complicações da elephantiasis do escrôto; mas

certamente esta affecção não se acha sob a dependencia ou influencia da syphilis, e não tem com ella a menor relação, qualquer que seja o ponto de vista sob o qual a encaremos.

As pesquizas tentadas e feitas pelos Drs. Silva Araujo, Severiano Magalhães, Paterson e outros acerca da pathogenia de certas manifestações morbidas intertropicaes como a chyluria, o craw-craw e as lymphatites, os levárão a reconhecer que, assim como estas molestias, a elephancia do escrôto era uma das expressões morbidas da introducção no organismo do germen animado conhecido com o nome de Filaria Wuchereri. Os estudos ulteriores não têm confirmado em todos os pontos o resultado das primeiras investigações, e se em alguns casos tem-se encontrado a filaria no sangue ou na lympha que embebe o tecido subcutaneo dos tumores elephantiacos, em outros não se tem descoberto nenhum traço de embryões em qualquer parte do organismo d'esses individuos onde se observárão esses germens animados.

Quaesquer que sejão as causas internas da elephancia do escrôto, o que não deixa duvida é que essa affecção é determinada por essas lymphangites sub agudas a que vulgarmente se dá o nome de erysipelas brancas.

E' em todos os casos invariavelmente depois desses insultos ou accessos de lymphatite que se desenvolve a elephantiasis do escrôto, e mesmo dos membros abdominaes. Os individuos que, em alguns lugares do Brazil, são accommettidos de lymphatite ou erysipela branca do escrôto, têm como certa a manifestação da elephantiasis desta parte, si não procurão por todos os meios subtrahir-se á influencia daquella affecção. A erysipela ou lymphatite, predisposta pelas condições que vos indiquei precedentemente, só espera então para desenvolver-se que o individuo soffra de uma perturbação de digestão, ou de um resfriamento qualquer, ou então de uma contusão, ou escoriação do escrôto produzida, quer por um erythema, quer pela secreção irritante desenvolvida debaixo da influencia do calor.

Não ha nenhuma outra condição que pareça desenvolver ou provocar a manifestação da elephantiasis do escrôto, e, quanto á acção intima das que indiquei, ainda hoje precisão de explicação.

Symptomatologia.—Os primeiros symptomas da elephantiasis do escrôto são caracterisados por um calafrio mais ou menos violento, seguido de cephalalgia e de dôres da região lombar, de frequencia do pulso, inappetencia, sêde, e estado saburral da lingua. Ao mesmo tempo o escrôto apresenta-se sensivel, mais ou menos intumecido, com uma côr rôxa pouco pronunciada, e ligeiramente infiltrado de serosidade, de modo a deixar a impressão do dedo quando é por este comprimido. Esses phenomenos se dissipão geralmente no fim de 24 a 48 horas, mas o escrôto ainda que não tenha mais do que a côr e a sensibilidade normaes, apresenta-se comtudo mais espesso, e mais cheio de rugosidades do que antes da invasão da molestia. Os ganglios inguinaes podem desde logo ser a séde de alguma excitação, e desenhar-se por baixo da pelle, tornando-se ligeiramente sensiveis á pressão. Mas em outros casos não é senão mais tarde que participão da hypertrophia do escrôto. Nos doentes aqui é frequente e mesmo inseparavel essa alteração dos ganglios inguinaes, sobretudo quando existe, ao mesmo tempo, elephantiasis dos membros inferiores. No individuo que deu lugar a estas considerações, o engorgitamento dos ganglios não é consideravel, mas existe como podeis verificar.

A primeira manifestação da molestia póde ter lugar na parte mediana do escrôto, ou na pelle que cobre o penis, ou em ambas essas partes ao mesmo tempo. E' quasi sempre o raphe do escrôto que se apresenta engorgitado, e dahi a molestia passa á bainha do penis; e nunca vi um só caso de elephantiasis que se limitasse a esta parte, ao passo que é geral e muito frequente observarem-se casos em que a elephantiasis circumscreva-se unicamente ao escrôto, sobretudo no começo.

No fim de um tempo mais ou menos longo, novos phenomenos geraes e locaes se manifestão, e o escrôto e algumas vezes a bainha do penis já invadidos por um verdadeiro trabalho hypertrophico se apresentão ainda mais engorgitados, e vão lenta e insensivelmente augmentando de volume, de modo a tomarem proporções enormes e descerem mesmo até á parte média da côxa, aos condylos do femur, ao terço superior das pernas, e aos maleolos.

A superficie do tumor torna-se então nimiamente rugosa, coriacea, cheia de elevações e depressões, e adquire uma côr mais escura, e mais embaciada do que nas condições normaes.

Se a affecção tem começado ao mesmo tempo pela bainha do penis e pelo escrôto, ambas estas partes progridem em seu desenvolvimento, e fórmão assim dous tumores de diametros desiguaes, que podem apresentar proporções consideraveis.

Ha casos em que o penis tem adquirido um tal desenvolvimento que se assemelha perfeitamente, já pelo volume, já pela configuração, á tromba do elephante (fig. 39).

Quando a affecção tem começado pelo escrôto, as alterações invadem pouco a pouco as partes superiores da região e o tecido cellular subcutaneo, de modo a formarem um tumor mais ou menos duro, elastico e resistente, onde os testiculos ficão mergulhados e não podem ser encontrados por mais cuidado que se empregue neste exame. A pelle das regiões perineal e pubiana acarretada pela massa do tumor desce em proporção do volume que este tem adquirido, e do progresso da hypertrophia, e então o penis desapparece, e a bainha deste se inverte e fórma na parte inferior do tumor, um canal mais ou menos extenso, por onde se escôa a ourina, e cuja abertura tem uma fórma umbilicada ou vulvar, isto é, representa perfeitamente a configuração da fenda da vulva.

O doente no intervallo dos acessos febris ou das erysipelas goza boa saude, e não sente maior incommodo do que aquelle que é

determinado pelo peso do tumor; e, emquanto este não adquire volume notavel, nem mesmo se dá este inconveniente. Em condições oppostas, o peso torna-se insupportavel, os movimentos difficeis ou penosos, e os desejos das relações sexuaes desapparecem completamente ou são irrealizaveis. Entretanto no individuo que foi operado pelo professor Delpech, e no que operei em 1865, as

Fig. 39. — Tumor elephantiaco do escrôto e do penis.

funcções sexuaes não tinhão desapparecido ou cessado inteiramente, pois que esses doentes apresentavão erecção, que se reconhecia por pollucões nocturnas.

No individuo que está actualmente debaixo de minha observação, a erecção e todo o desejo de relações sexuaes desapparecêrão desde o começo da affecção.

A parte inferior do tumor escrôtal banhada constantemente pela ourina torna-se mais espessa, ou mais rugosa, como podeis observar neste caso, e é a séde de um erythema vesiculoso, que algumas vezes determina o corrimento de uma serosidade abundante de modo a molhar os pannos sobre que se acha o tumor.

O volume que este adquire póde ser igual ao da cabeça de um féto ou de uma criança, e algumas vezes muito mais consideravel, de modo a pesar 20, 25, 50 ou 100 kilos, e já têm-se encontrado alguns tumores de tal volume que os individuos podião assentar-se nelles sem a menor difficuldade. E' bem certo pois que a elephantiasis do escrôto póde adquirir um volume consideravel; mas hoje é raro que assim aconteça, porque os doentes fazem-se operar desde que ella começa a causar-lhes embaraços e tornar-se perceptivel ás vistas estranhas, por mais engenhosos que sejão os meios empregados para encobrirem o tumor.

Entretanto quando este chega a adquirir um volume notavel, e o doente não é bastante asseiado, póde ser á séde de ulcerações mais ou menos vastas, por onde corre um pús ichoroso e fétido; e o que é notavel é que o tumor se torna inteiramente indolente, ou apenas sensivel á uma forte pressão. A sua superficie é algumas vezes sulcada de grossas veias, susceptiveis de fornecer uma hemorrhagia abundante durante a operação, mas em outros casos, como no doente desta observação, não ha senão a alteração caracteristica da pelle.

Em regra geral os testiculos se conservão perfeitos no meio dessas enormes massas de tecidos formados em consequencia da elephantiasis, e a natureza previdente parece mesmo pôl-os ao abrigo de qualquer compressão com o derramamento de serosidade nas respectivas tunicas vaginaes; mas em algums casos elles se achão comprimidos, achatados e como que atrophiados.

A elephantiasis do escrôto se complica frequentemente de outras enfermidades, e sobretudo da elephantiasis dos membros

inferiores, o que deve, meus senhores, merecer alguma attenção da vossa parte, por isso que esta circumstancia modifica o prognostico e o resultado da operação.

Quasi sempre a elephantiasis do escrôto se complica de hydrocele da tunica vaginal ou de hematocele, assim como observastes no doente que foi operado ha 2 mezes. Cada tunica vaginal formava um tumor oblongo e volumoso, que encerrava cerca de meio litro de serosidade a que dei sahida por meio de uma pequena excisão feita nas membranas respectivas.

Os tumores constituidos pelo hydrocele ou pelo hematocele ora são perceptiveis e apreciaveis á apalpação, quando não se achão nas partes inferiores do escrôto, nem as alterações têm-se propagado ás partes superiores, ora se perdem na massa dos tecidos invadidos pela hypertrophia. A fluctuação deixa de ser manifesta não só nestes casos, como tambem naquelles em que o hematocele ou o hydrocele são acompanhados de espessamento consideravel, ou de um verdadeiro estado cartilaginoso da tunica vaginal. A falta de fluctuação não implica a ausencia de derramamento de sangue ou de serosidade na tunica vaginal, e não é motivo para suppôr que não existão semelhantes complicações.

Ainda não vi um só caso de elephantiasis do escrôto complicado de sarcocele ou de affecção cancerosa dos testiculos, ou mesmo do fungus benigno destes orgãos; mas apezar disto não é impossivel que estas affecções se manifestem em alguns casos, e tenhão muitas vezes de exigir a castração. E' muito mais frequente, pelo contrario, a atrophia, e sobretudo o engorgitamento do cordão e dos testiculos, que então podem apresentar uma consistencia ou dureza extraordinaria.

Já tenho encontrado alguns casos em que a elephantiasis escrôtal se complica de enterocele ou epiplocele reductivel, ou irreductivel por causa das adherencias que se fórmão entre o sacco herniario e o seu conteúdo. Em um caso que observei com o meu distincto collega o Dr. Baptista dos Santos, na casa de saude

de Nossa Senhora da Ajuda, a elephantiasis se complicava de hydrocele e de uma hernia intestinal direita tão consideravel que parecia conter a maior parte dos intestinos.

A hernia, em semelhantes condições, é em geral pequena ou pouco desenvolvida, sobretudo quando sobrevem depois do apparecimento da elephantiasis ; mas póde affectar quer um quer ambos os lados.

Já vos disse como podereis distinguir as hernias da elephantiasis do escrôto, e ainda é pelos mesmos caracteres que as reconhecereis quando complicarem esta ultima affecção.

Anatomia pathologica, séde e natureza.—Na descripção dos caracteres e complicação da elephantiasis do escrôto indiquei algumas das alterações que se observão nesta affecção ; agora tenho mais especialmente de attrahir a vossa attenção para as condições proprias do tecido que a caracterisa. Quando se divide um tumor desta especie, observa-se, como tivestes occasião de vêr, que a pelle apresenta uma resistencia e espessura mais ou menos consideraveis, e se revela sob o aspecto de um tecido branco e de consistencia lardacea, de onde se escôa um liquido seroso em quantidade abundante. A espessura offerecida pela pelle póde ser de duas, tres e mais pollegadas, e então o resto do tumor se apresenta sob a fórma de um tecido molle, amarellado, transparente, gelatinoso, e como que constituido de diversas porções de albumina coagulada, e embebida de enorme quantidade de serosidade. Este tecido é todo dividido por laminas delgadas, finas e transparentes, e envolvendo as tunicas proprias dos testiculos fórma uma enorme massa de muitas pollegadas de espessura, onde se notão apenas alguns vasos sanguineos extremamente delgados. As veias subcutaneas podem entretanto adquirir grande desenvolvimento, e tornar-se mesmo varicosas, de modo a produzirem hemorrhagia abundante na occasião da operação.

A tunica vaginal apresenta-se algumas vezes bastante espessa, e transformada em tecido denso, resistente, cartilaginoso, com

diversos pontos ossificados, como notastes no ultimo operado, quando aquella foi excisada para dar sahida ao liquido que encerrava, e sobretudo para despertar uma inflammação adhesiva e impedir a reproducção ulterior do mesmo liquido.

Os cordões, assim como os testiculos, se achão ora engorgitados e espessos, e com o comprimento normal, ora alongados ou grandemente distendidos, sem outra qualquer alteração apreciavel.

Os ganglios lymphaticos dos individuos affectados entre nós de elephantiasis do escrôto achão-se sempre engorgitados, ou augmentados de volume. A alteração começa logo com as primeiras invasões da molestia do escrôto, e vai progredindo á medida que esta se desenvolve.

Examinados ao microscopio, os tumores elephantiacos apresentão-se constituidos por um tecido fibro-cellular, mais duro e compacto nas camadas externas do que nas outras, onde se encontrão fibras nucleares alongadas e cellulas cheias de liquido albuminoso, e com nucleos ou granulações numerosas de diversas fórmas.

Já por todas estas considerações podeis ver, meus senhores, que a elephantiasis do escrôto tem a sua séde nos elementos componentes desta tunica dos testiculos, e no tecido cellular subcutaneo.

Tem-se entrado em grandes discussões em relação aos elementos que serião especialmente affectados, e emquanto que alguns pathologistas, como o professor Cruveilhier, dizem que a molestia consiste na hypertrophia enorme da pelle, outros collocão a séde da affecção nas veias ou nos ganglios lymphaticos do escrôto, de modo que ella não consiste senão na angioleucite ou phlebite do escrôto.

Anticipei a idéa que fazia da séde desta affecção quando tratei de definil-a, e levado pelo estudo anatomo-pathologico creio com o professor Cruveilhier que a elephantiasis dos Arabes consiste na hypertrophia da pelle e do tecido cellular subcutaneo em gráo

pronunciado; mas não se póde negar que os vasos lymphaticos da região participão de alguma alteração, e que é da irritação sub-aguda destes e dos vasos sanguineos que procede a affecção. A massa morbida que se fórma não depende certamente da infiltração lymphatica no tecido cellular, ou da accumulação dos succos albuminosos neste tecido; porém nada impede que, sob a influencia de uma irritação dos vasos que entrão na composição do escrôto, a hypertrophia dos seus elementos se manifeste e dê em resultado o tumor elephantiaco. Nos doentes observados no nosso paiz a adenite inguinal è tão constante que não se póde têl-a como simples coincidencia da elephantiasis, ou como uma consequencia do erythema e das irritações produzidas no tumor, porquanto muitas vezes não existe nenhuma destas circumstancias, e entretanto os ganglios apresentão-se engorgitados.

A quantidade prodigiosa de liquido de que se achão embebidos os tecidos do tumor denota bem que os vasos lymphaticos devem soffrer alguma alteração em suas funcções, e se não houvesse essa razão, que aliás podia ser explicada por outras condições, ahi estavão as analyses de Brown Sequard, com as quaes ficou demonstrado que o fluido seroso procedente dos tumores elephantiacos se coagulava em contacto com o ar, e continha fibrina e globulos lymphaticos.

Encarando pois a elephantiasis do escrôto debaixo deste ponto de vista, julgo que se póde consideral-a como uma affecção de natureza ou indole benigna, e que não se acha ligada á uma alteração geral, nem é dependente de nenhuma diathese conhecida. A sua manifestação está ligada á uma infecção parasitaria ou a um vicio de nutrição, dispertado sob a influencia de certas condições do clima e de diversas disposições organicas, cujo conhecimento exige ainda de nós todos muito estudo, o qual deve patentear um campo immenso de gloria para vós e de proveito para a humanidade.

O estudo attento da elephantiasis me leva a admittir que a inflammação sub-aguda dos vasos lymphaticos e sanguineos, provocada pela suppressão da perspiração do escrôto em certas e determinadas circumstancias, não é indifferente a essa hyperplasia da pelle e do tecido cellular subcutaneo. Se a minha supposição é verdadeira, só as investigações ulteriores poderáõ demonstrar, mas o que parece fóra de duvida é que os vasos lymphaticos soffrem nessa affecção.

Marcha, terminação e prognostico.— Uma vez declarada a elephantiasis, esta ou leva tempo consideravel em desenvolver-se e em adquirir um enorme volume, ou attinge a proporções vastissimas no fim de pouco tempo. Debaixo deste ponto de vista podia-se na elephantiasis do escrôto admittir uma fórma chronica e outra aguda; mas não ha caracteres especificos para estas fórmas nem nada de fixo na genese dos tumores, de modo que se possa aceital-as em theoria. Algumas vezes a elephantiasis do escrôto lèva, para formar um pequeno tumor, dous, tres e mais annos; outras porém em pouco tempo adquire um desenvolvimento consideravel e proporções enormes. Em certos casos é o contrario que tereis de observar: o tumor produzido pela elephantiasis do escrôto adquire com rapidez um volume notavel, e fica depois estacionario por longos annos. Tomando-se em consideração o tempo que dous tumores levão para desenvolver-se, póde-se na pratica admittir que a marcha de um é chronica em relação á do outro; mas, considerada como nos ensina a pathologia geral, a marcha da elephantiasis do escrôto é essencialmente chronica, e exige muito tempo ou annos e annos para que a pelle torne-se excessivamente espessa, rugosa e coriacea, e o tumor apresente o maior gráo de desenvolvimento.

O doente, que foi causa destas considerações, faz datar a sua affecção de um anno; mas creio que elle soffre ha mais tempo, á vista do volume que o tumor apresenta.

Em todo o caso convém saber que a elephantiasis offerece periodos de intermittencia, caracterisados por intervallos mais ou menos longos, durante os quaes ella fica estacionaria para depois continuar a progredir. Por minha parte tenho visto individuos affectados de elephantiasis do escrôto, em que, como vos disse, o tumor nenhum desenvolvimento ha adquirido nestes ultimos dez annos.

No doente a que me referi, não houve esses periodos de intermittencia : a affecção, uma vez declarada, teve uma marcha progressiva, até adquirir o volume já indicado.

E' baseado nestes e em outros factos que não assignalo nessa affecção, como fazem alguns autores, diversos periodos, como sejão: periodo de invasão, periodo de desenvolvimento, periodo estacionario e periodo de complicações secundarias, porquanto a elephantiasis não tem uma marcha invariavel, nem os periodos estacionarios e de complicações secundarias existem sempre qualquer que seja o tempo que o tumor tenha levado a desenvolver-se; pelo menos é muito difficil dizer-se praticamente se a elephantiasis acha-se no periodo estacionario e de duração indifinidamente prolongada, ou se o seu desenvolvimento continuará no dia seguinte. Esses periodos podem existir, mas, depois da invasão da affecção, elles não seguem invariavelmente a mesma ordem ; o periodo estacionario póde estabelecer-se muitas vezes, ou deixar de existir, para depois ser seguido de um periodo de desenvolvimento lento e progressivo.

E' extremamente raro, meus senhores, e muito excepcional que a elephantiasis do escrôto termine pela cura espontanea. Tenho observado innumeros casos desta affecção em diversos gráos de desenvolvimento, e ainda não vi um só apresentar espontaneamente semelhante terminação. Tenho empregado diversos meios therapeuticos, e exceptuada a operação, nenhuma modificação foi possivel alcançar no estado da affecção. Entretanto alguns praticos referem casos de terminação favoravel, e meu estimavel

e distincto mestre e amigo o Conselheiro Dr. Souza Fontes observou um caso em que a cura realizou-se sob a influencia do uso de diversas plantas medicinaes brasileiras, chamadas ou conhecidas com o nome de *capa-homem*. E' preciso ainda dizer que esse resultado só tem sido alcançado quando a elephantiasis se acha em começo. Em semelhantes condições a cura se manifesta pela transudação repetida de grande quantidade de serosidade, e tem por ponto de partida um exanthema, um novo accesso erysipelatoso, ou então ella se realiza gradualmente sem phenomeno algum extraordinario ou critico ; a pelle perde o espessamento que havia adquirido, e volta no fim de algum tempo ás suas condições normaes.

Ainda não observei uma só terminação desta ordem, e, sem pôl-a em duvida, farei notar que não se póde contar com este resultado logo que tem havído formação de novos tecidos, porquanto é mui difficil ou quasi impossivel que estes se fluidifiquem e sejão absorvidos.

E' tambem muito raro que a elephantiasis do escrôto termine pela morte, a menos que as lymphatites que a complicão e a determinão tomem um caracter pernicioso ou sejão o ponto de partida de febres desta natureza, como entre nós se observa algumas vezes.

Não é entretanto de admirar que a elephantiasis adquira tal desenvolvimento que o tumor venha a cahir em mortificação pela falta de elementos necessarios á sua nutrição, ou que o individuo fique por fim extenuado, ou em estado de inanição, e venha a fallecer. Larrey, filho, refere que Hendy em sua obra sobre as molestias glandulares das Barbadas, nome sob o qual descreve a elephantiasis dos Arabes, cita algumas observações desse genero ; mas, como vos disse, é essa uma terminação excepcional da molestia de que trato neste momento.

Considerada debaixo do ponto de vista geral, a elephantiasis do escrôto não offerece um prognostico desfavoravel, e os

individuos della affectados podem chegar á velhice sem outra qualquer alteração em sua saude. Em si mesma a affecção não apresenta gravidade ; mas é innegavel que os individuos elephantiacos se achão, pelas mesmas condições que produzirão a affecção, predispostos ás erysipelas e lymphatites, que, de um momento para outro, podem tomar um caracter pernicioso e determinar a morte.

Além disto, a perda da virilidade ou das funcções genitaes, a impossibilidade de facil locomoção, o peso e tracções que estes tumores determinão quando adquirem grande desenvolvimento, tornão indicada a extirpação, e esta é uma operação em que se pódem observar accidentes e complicações graves, quer immediatas, quer consecutivas, taes como sejão a hemorrhagia, a syncope, as lymphatites com caracter pernicioso, a mortificação dos retalhos e a febre putrida.

São accidentes communs a muitas operações, e que nem por isso tornão estas menos indicadas, tanto mais quanto elles são raros, ou só se observão em casos excepcionaes.

O prognostico pois é geralmente favoravel, e nem a elephantiasis do escrôto é uma affecção diathesica, para que depois de extirpado o tumor tenha-se novamente de vêl-o reproduzido. Entretanto, quando a elephantiasis se manifesta ao mesmo tempo nos membros, observa-se algumas vezes que o escrôto é de novo invadido pela affecção, de modo a vír constituir outro tumor elephantiaco. Não ha reproducção no sentido rigoroso da palavra ; mas apenas uma nova manifestação morbida nas partes contiguas á affecção primitiva. E' por isto que vos dizia que nestes casos deveis ser reservados no prognostico, e não prometter aos vossos doentes immunidade quanto ao desenvolvimento de novo tumor. Este manifesta-se sobretudo nos casos em que se formão os retalhos com porções de pelle alterada ; nas condições oppostas, e na ausencia de elephantiasis dos membros, a extirpação do tumor escrôtal dá os melhores resultados e assegura a cura definitiva.

Therapeutica. Nas lições que eu aqui professei em 1865 e 1870 disse que a applicação interna ou externa dos variados meios fornecidos pela materia medica e ao alcance do cirurgião era improficua na elephancia do escrôto.

Não havia então meio algum therapeutico que não tivesse sido empregado para combater essa affecção, logo que tinha chegado ao completo desenvolvimento, e o resultado na generalidade dos casos, com excepção da extirpação do tumor, não era lisongeiro. Era assim que mostrárão-se sempre de vantagens negativas o emprego das sangrias geraes e locaes, as preparações mercuriaes, iodadas, arsenicaes e sulfurosas, os diureticos, os diaphoreticos, os vomitivos, os antispasmodicos, o sulphato de quinino, os tonicos e ferruginosos, a compressão, a cauterisação, os sedenhos, as incisões, as escarificações, os banhos, as cataplasmas e as pomadas de todas as especies.

A marcha chronica da elephantiasis do escrôto, e a sua manifestação em individuos geralmente de temperamento lymphatico contraindicão de um modo positivo o emprego das sangrias geraes, e mostrão que estas, longe de activarem a absorpção do tumor, augmentarião a infiltração com o enfraquecimeto da circulação. E' o que foi por alguns praticos nossos observado, quando a doutrina physiologica de Broussais reinou entre nós.

As sangrias locaes por meio de sanguesugas e ventosas escarificadas parecem, em alguns casos raros, ter concorrido, de combinação com as cataplasmas e banhos emollientes, para a resolução ou diminuição dos tumores dessa especie. O Dr. Clot-Bey refere ter conseguido por esse meio a reducção de um tumor elephantiaco do escrôto que já havia adquirido o volume da cabeça de um feto; mas é preciso que a affecção esteja pouco desenvolvida, e ainda assim não são meios com que se possão contar com certa segurança pela confissão mesma desse pratico.

Os que têm tido frequentes occasiões de observar a elephantiasis do escrôto sabem que o tumor diminue algumas vezes

espontaneamente de volume, e entre essa reducção, que coincide então com a administração de varios meios, e a cura definitiva da affecção ha uma distancia consideravel.

Levados pela idéa de que a elephantiasis era devida ao virus syphilitico ou constituia uma manifestação da syphilis, alguns praticos concebêrão a esperança de podêl-a combater por meio das preparações mercuriaes e iodadas, e não se esquecerão de referir alguns casos em que o resultado obtido fôra favoravel; mas as observações de muitos outros praticos demonstrão peremptoriamente, é certo, a influencia de todos estes meios, mas elles aconselhão sómente o uso quando a affecção do escrôto coincidir com alguma manifestação syphilitica. Em alguns logares da India em que a elephantiasis é, como entre nós, muito frequente, tem-se feito applicação da tintura de iodo sobre o escrôto, e são della partidarios os Drs. Stuart, Brett, Souty e Murgrave; mas só tem-se obtido alguma vantagem em casos excepcionaes, e quando a affecção acha-se pouco adiantada em seu desenvolvimento, e ainda assim, longe de esperar qualquer beneficio, eu teria mesmo receio de que a irritação determinada pela tintura de iodo, ou pelos unguentos da mesma natureza despertasse novas erysipelas e lymphatites que viessem augmentar a propagação da affecção.

No mesmo caso dos mercuriaes se achão as preparações arsenicaes e sulfurosas, cuja administração só deve ser reservada para os casos em que a elephantiasis fôr complicada de affecções de natureza dartrosa, porquanto sobre a molestia em si ellas não exercem a menor influencia, segundo se acha demonstrado pela observação de todos os praticos.

Quando o entumecimento do escrôto se declara pela primeira vez, ou offerece em sua marcha a recrudescencia de que fallei, emprégo sempre os vomitivos, os diaphoreticos e os diureticos, mas ainda não vi uma só vez estes meios offerecerem influencia real e benefica em relação á resolução ou diminuição de volume do tumor. Entretanto alguns praticos, como Hendy, das ilhas

Barbadas preconisão seu emprego, e Larrey em seu *Relatorio acerca do exercito do Oriente*, ainda que não deposite nesses meios grande confiança, todavia aconselha que sejão experimentadas não só as preparações antimoniaes combinadas com as mercuriaes e sudorificas, e depois com acidos mineraes em pequenas dóses, como tambem as bebidas mucilaginosas. Em suas mãos parece ter tido alguma vantagem a applicação externa do acido sulfurico deluido e da solução do muriato de mercurio, do oxydo de cobre e do muriato de ammonia.

Ainda não empreguei localmente estes meios, mas outros cirurgiões não têm encontrado nelles a menor efficacia, sobretudo quando o tumor elephantico apresenta-se bastante desenvolvido. E' possivel que nas primeiras manifestações da affecção observe-se, sob a sua influencia, a diminuição do engorgitamento da pelle, como acontece tambem algumas vezes sem applicação de meio algum, mas depois a affecção prosegue em sua marcha lenta, e torna-se por fim caracteristica.

No mesmo caso está o sulphato de quinina. Tenho lançado mão delle sempre que os accessos erysipelatosos e de lymphatite se manifestão com caracter intermittente, e ainda que aquelles sejão efficazmente combatidos, e por meio dos emollientes o tumor do escrôto perca a sensibilidade e adquira a côr natural, e diminúa um pouco de volume, não chega entretanto ao ponto de dar-se verdadeira resolução. As ligeiras melhoras obtidas por meio do sulphato de quinina, sendo observadas tambem quando o doente é condemnado ao repouso, e ao uso dos laxativos e diluentes, é logico que não se póde depositar esperança nas vantagens daquelle agente therapeutico.

Tenho visto alguns tumores elephantiacos ulcerados em um ou mais pontos de sua superficie, fornecerem grande quantidade de serosidade e pús sanioso, sem que o seu estado tenha experimentado a mais ligeira modificação, e pois soffrerieis a maior decepção se quizesseis, por meio de um grande sedenho

passado através da massa morbida, alcançar qualquer resultado favoravel. Entretanto foi este um meio com o qual Larrey pôde obter a diminuição de um volumoso sarcocele que havia resistido ao emprego de outros agentes therapeuticos; mas, como vêdes, não se encontra aqui grande precisão no diagnostico, e por outro lado receio que o sedenho provoque algumas vezes uma inflammação suppurativa abundante, que venha pôr em perigo a vida do doente, quando por meio da extirpação poderemos alcançar um resultado mais prompto e mais seguro.

O mesmo juizo deveis formar, meus senhores, a respeito do valor therapeutico das incisões e escarificações dos tumores elephantiacos do escrôto, e accrescentarei que expondes o vosso doente a maiores perigos, porquanto dellas podem resultar hemorrhagias mais ou menos consideraveis e rebeldes.

A compressão constitue um outro genero de intervenção cirurgica muito antigo na cura dos tumores em geral, mas que foi applicada á resolução da elephantiasis do escrôto por Saiget e Bonneau, medicos na Algeria. Em um caso em que esses cirurgiões empregárão a compressão, o resultado não foi completo pois que houve apenas resolução de dous terços do tumor, e ainda é preciso que vos diga que com esse meio foi concomitantemente empregado o iodureto de potassio em dóses graduadas, as fricções de pomada mercurial e um regimen analeptico. No segundo caso foi obtida pelo Dr Bonneau a resolução completa da hypertrophia do escrôto, mas apezar disto não creio na efficacia da compressão quando sobretudo a affecção tem adquirido grande desenvolvimento. Ao menos entre nós tem-se tornado tão banal, rapida e segura em seus resultados a extirpação dos tumores elephantiacos do escrôto, que nenhum cirurgião procura em outro qualquer meio recurso para curar uma semelhante affecção.

Apezar da confiança que Chopart, ha quasi um seculo, parecia depositar na cauterisação dos tumores elephantiacos do escrôto por meio da potassa caustica, força é confessar que não só

por esse meio, como pelo ferro em braza, a cauterisação em muitos casos em que tem sido empregada não ha offerecido resultado algum, e, na opinião de Esdaile de Calcutá, ella provoca accidentes inflammatorios graves ou hemorrhagias mortaes, e augmenta o volume do tumor, com a desvantagem de que quando o cirurgião se dispõe a proceder á extirpação encontra muitas vezes os testiculos adherentes ás cicatrizes. Deste modo não ha hoje nenhum cirurgião que recorra á cauterisação para curar a elephantiasis do escrôto, nem mesmo quando a affecção se acha pouco adiantada em seu desenvolvimento.

Si não obstante a energia de todos esses meios de intervenção nenhum resultado se tem alcançado, muito menos confiança deveis depositar nos banhos, cataplasmas e pomadas, de que muitos cirurgiões têm lançado mão em semelhantes casos.

Não havia pois recurso contra a elephantiasis do escrôto senão na extirpação do tumor, quando em 1877 um dos nossos jovens e illustrados collegas o Dr. Silva Araujo lembrou-se de applicar a electricidade a um doente que alem de uma chiluria e da affecção chamada — craw-craw — soffria de um tumor elephantiaco do escrôto. As melhoras consideraveis que no fim de quarenta e cinco dias esse doente experimentara sob a influencia das correntes de inducção, animárão o Dr. Silva Araujo a insistir na applicacão desse meio therapeutico, conseguindo a cura completa de duas doentes de elephantiasis das pernas que sugeitára por espaço de um anno ás applicações da electricidade.

Os resultados admiraveis que consecutivamente tem sido desde então alcançados não só por esse collega, como pelo nosso não menos distincto amigo o Dr. Moncorvo—um dos melhores talentos de nosso paiz—não podem de modo algum deixar a menor duvida acerca das vantagens que se podem colher com o emprego da electricidade quer sob a forma de correntes de inducção, quer principalmente, como aconselhou o Dr. Moncorvo, sob a fórma

de correntes continuas, cuja acção catalytica é mais energica do que a das correntes de inducção.

Apezar de tudo isso, a cura ou os bons effeitos da electricidade não se manifestão senão lentamente e no fim de um tempo tão longo que será bem raro que um doente de elephantiasis do escrôto já em adiantado periodo de desenvolvimento queira proseguir no uso das mesmas applicações até á terminação da molestia. O primeiro doente do Dr. Silva Araujo é um exemplo da sofreguidão que tem os doentes quando se resolvem a procurar os recursos medicos, e não vêm logo o resultado dos meios que lhes são applicados. Preferem em taes casos correr os riscos de uma operação a sujeitarem-se a um tratamento de acção demorada. Por todas estas razões não tenho iniciado aqui na clinica o tratamento pela electricidade, e a todos os doentes tenho proposto a extirpação do tumor.

O que me resta agora é indicar-vos as regras e os preceitos que deveis seguir na execução d'essa operação.

A idéa fundamental que sempre deverá prevalecer em vosso espirito é que a extirpação só comprehenda a massa morbida, a menos que os testiculos se apresentem profundamente alterados, o que constitue, como já vos disse, um facto excepcional.

A' vista do que acabei de vos expôr, não vos será difficil comprehender que se tem de isolar os testiculos e o penis, e que se devem arranjar os retalhos cutaneos que forem necessarios para proteger essses orgãos.

Esses retalhos devem ser constituidos por pelle que se ache no mais perfeito estado physiologico, e para isso o cirurgião ou vai procural-a nas partes lateraes e superiores do tumor proximas ao seu pediculo, ou em uma região mais distante.

Dahi duas especies de ectomia ou oscheotomia, nomes pelos quaes é conhecida a extirpação dos tumores elephantiacos do escrôto; uma chamada—*ectomia sem anaplastia*, outra chamada-*ectomia com anaplastia*.

Sendo tão diversos os tumores elephantiacos do escrôto, tanto pelo volume, como pela extensão da alteração das partes, torna-se impossivel estabelecer para todos os casos uma só especie de extirpação.

Observa-se constantemente entre nós que esses tumores, ou a alteração morbida que os constitue, marcha debaixo para cima, de modo que já por esta circumstancia, já pela tracção que exerce o tumor, os tecidos da parte superior e interna deste conservão-se ou apresentão-se em estado normal.

Si pois a alteração não tiver invadido a bainha do penis e limitar-se á pelle do escrôto, praticareis logo abaixo da linha medianna do angulo peni-escrotal duas incisões divergentes de 4 a 5 centimetros de extensão, de modo a formar um triangulo cuja base se ache voltada para cima na direcção de cada anel iguinal e de seus extremos fareis partir então duas incisões semi-lunares, que dirigidas do angulo superior de cada retalho terminem embaixo na linha mediana do perineo, circumscrevendo dous retalhos extensos e regulares, que, depois de disseccados até á raiz do tumor, servirãõ para cobrir os testiculos, logo que tenhão sido retirados da massa morbida e esta seja extirpada.

Si entretanto a alteração tiver invadido a bainha do penis e esta fizer parte do tumor que deve soffrer a ablação, ainda duas condições podem-se apresentar : ou os tecidos ao redor do orificio externo do canal por onde corre a orina conservão-se em perfeito estado, ou todas essas partes se achão sèriamente compromettidas, de modo que haveria inconveniente em conserval-as.

Nestes casos aconselhão alguns que se talhe na parte superior e mediana do tumor um retalho quadrangular para cobrir o penis e sejão circumscriptos os dous retalhos lateraes destinados a envolverem os testiculos.

Devemos em todas as condições ter em vista a retractibilidade dos tecidos cutaneos, pelo que os retalhos devem ter uma extensão conveniente, e peccar antes por grandes do que por

pequenos. O retalho quadrangular para o penis deve ser bastante largo, e feito, se a pelle prestar-se a isto, bem perto do orificio infundibuliforme do canal por onde a ourina é expellida, e sempre que fôr possivel não deveis destruir a parte mucosa do prepucio, afim de que o membro conserve a superficie lisa e polida que apresenta nas condições normaes, e que convém ao exercicio de suas funcções.

Com estas vistas eu concebi um outro processo de ectomia, que consiste em arregaçar o infundibulo do meato ourinario, até encontrar tecidos em condições normaes, e em fazer sobre estes uma incisão em forma de raqueta ou pala, que comprehenda unicamente a pelle com o tecido conjunctivo subcutaneo, e introduzindo em seguida em sua parte anterior uma tenta-canula até á raiz do tumor, corro sobre ella o bisturi, de modo a praticar uma incisão superior e mediana, de cujo extremo faço partir os dous retalhos lateraes. Descobertos os testiculos e o penis, arregaço a porção de tecido que circumscrevi pela incisão em raqueta e que, como comprehendeis, constituia as paredes do canal por onde fazia-se o escoamento das ourinas, e com ella envolvo o penis, e a reuno com a que se acha na raiz deste orgão.

Resulta dahi que a superficie ou toda a circumferencia sangrenta do penis é posta em contacto com a superficie nas mesmas condições de uma bainha que é identica á bainha que normalmente o envolve, ficando depois da união apenas na base ou perto do pubis uma cicatriz circular, que se perde nas partes lateraes, e não impede a erecção, como foi observado pelos alumnos do curso de 1865 no doente sobre o qual executei este processo.

Seja como fôr, a ectomia póde ser praticada em quatro tempos; o primeiro consiste na confecção e dissecção dos retalhos; o segundo na separação dos testiculos, e do penis, se acaso este orgão está envolvido na massa morbida; o terceiro na extirpação de todos os tecidos alterados; o quarto emfim na ligadura dos vasos, na limpeza da ferida e na sua costura.

O cirurgião para a execução da operação terá de preparar o apparelho instrumental e de curativo, o primeiro dos quaes deve compôr-se de bisturis ponti-agudos e convexos, de tenta-canulas, pinças de dissecção e de ligaduras, tenaculos, sonda para a urethra afim de poupar este canal na occasião da dissecção da massa morbida, fios de ligaduras, esponjas, bacia com agua fria phenicada, etc.; e o segundo deverá compôr-se de peças antisepticas do curativo de Lister com o apparelho para as pulverisações phenicadas, tubos de drainage e agulhas para a costura metallica.

Aos accidentes como a hemorrhagia e as lipothimias o cirurgião opporá a ligadura dos vasos á medida que forem abertos, ou o tampão embebído em perchlorureto de ferro, a refrigeração, as fricções de vinagre aromatico, as inspirações de sal ammoniaco, as aspersões de agua fria, não se esquecendo nunca de conservar o operado em decubito horisontal, e com a cabeça sobre o leito ou um pouco mais baixa.

E' preciso que a ferida não seja unida em toda a extensão ou se conserve separada na parte inferior, onde deve ser installada a drainage para que a suppuração que deve estabelecer-se encontre sahida com os productos que ella fornece, como é indicado por todos os cirurgiões brazileiros; mas convém alcançar a reunião immediata na maior extensão possivel, porque os accidentes consecutivos não serão tão frequentes como nas condições oppostas.

Observa-se com effeito, como accidentes consecutivos, a erysipela gangrenosa dos retalhos, o fleimão, os abscessos, a septicemia e o tetanos; e não deveis desconhecer os meios que são aconselhados em semelhantes condições.

Guiando-me por todos os principios que estabeleci nas considerações precedentes, procedi no dia 25 de Março á operação que, como vistes, foi executada pelo modo seguinte:

Deitado o doente sobre a mesa das operações e submettido ás 8 horas e 40 minutos á acção do chloroformio, depois que

elle cahira em completa anesthesia, fiz uma primeira incisão que, começando na parte inferior do prepucio, se dirigio lateralmente tanto para a direita como para a esquerda na extensão de 4 centimetros, e desceu com ligeira inclinação para fóra até ao annel externo, donde partirão duas outras incisões semi-lunares e lateraes, que forão reunir-se na parte mediana do perineo logo acima do anus.

Feitas estas incisões e dissecados os retalhos, separei ou retirei os testiculos do interior da massa morbida, e, dando sahida por meio da puncção e excisão de pequena porção das tunicas vagi-

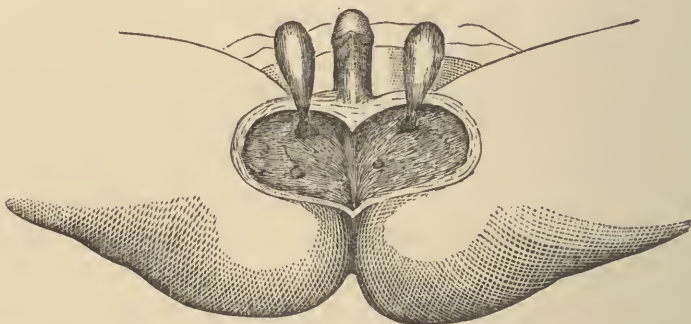



Fig. 40. — Constituição dos retalhos triangular e semi-lunares na operação da octemia segundo o processo do auctor. Desenho feito pelo Sr. Thomaz Alves, alumno do sexto anno da Faculdade.

naes a 450 grammas mais ou menos de serosidade nellas contida, introduzi uma vela na bexiga afim de proteger a urethra ou indicar-me o logar por esta occupado, e abati em seguida toda a massa morbida que constituia o tumor elephantiaco (fig. 40).

A's 9 horas e 5 minutos foi suspensa a chloroformisação, e terminada a operação sem accidente algum. Em poucos instantes o doente voltou a si, e tendo sido ligadas todas as arterias, quer á medida que ião sendo cortadas, quer quando o tumor foi abatido, tratei de lavar a ferida e de retirar d'alli todos os coalhos sanguineos, e no fim de uma hora pouco mais ou menos

procedi ao curativo, que consistíu na costura metallica não só na parte que formava o envoltorio para os testiculos, como tambem no ponto correspondente á união do prepucio com a pelle visinha. A ferida tinha a fórma de um Y (fig. 41).

A massa morbida extirpada pesava, sem os liquidos que correrão dos tecidos incisados e das tunicas vaginaes, tres kilos pouco mais ou menos.

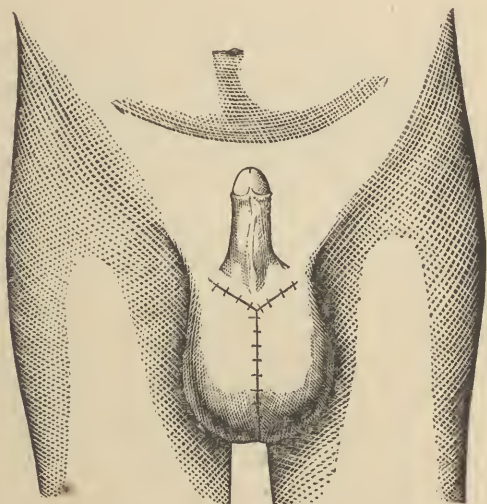



Fig. 41. — Desenho feito sobre o operado da fig. 38 pelo Sr. Thomaz Alves, alumno do sexto anno da Faculdade, e destinado a mostrar o resultado da operação pelo processo do auctor.

Logo em seguida á operação forão administradas ao doente algumas colheradas de vinho com agua e assucar, e receitada uma poção calmante composta de infusão de tilia, agua de louro cerejo e xarope de morphina, dando-se para dieta alguns caldos.

Nos dous primeiros dias depois da operação, isto é, nos dias 26 e 27 de Março o doente apresentou-se com alguma reacção febril, pelle sêcca, sêde, desassocego, e dôres no escrôto ; a radial

porém não dava mais de 90 a 96 pulsações por minuto. Mandei continuar com os mesmos meios internos, reunindo-se sómente á poção respectiva 12 grammas de acetato de ammonia.

No dia 28 o doente apresentou-se mais calmo; a reacção febril desapparecera, mas as dôres ainda persistião no tumor escrôtal e na região pubiana. Levantado o apparelho, os labios da ferida estavão completamente unidos, e pouca quantidade de pús foi expellida; mas, retirados alguns pontos metallicos da parte inferior e separados neste ponto os labios da ferida, dei sahida á boa porção de pús accumulado nas partes profundas.

Foi suspensa a medicação interna, e a ferida curada pelo modo ordinario segundo os preceitos de Lister.

No dia 29 de Março não houve nenhuma modificação digna de ser notada, e o estado geral do doente era excellente; apenas a radial dava 65 pulsações por minuto, e o pús com quanto fétido não era em quantidade para inspirar o menor receio.

Do dia 30 de Março a 6 de Abril o doente foi accommettido em horas certas do dia de alguns calafrios, seguidos de febre que terminava por transpiração apreciavel, pelo que mandei administrar-lhe de 3 em 3 horas uma pilula de 15 centigr. de sulphato de quinina, e depois de cada uma dellas um calix de limonada sulphurica, fazendo preceder no ultimo dia o emprego desses meios da applicação de um clyster purgativo, por me ter dito o doente que não evacuava desde o dia 3 de Abril. Esses accessos não trouxerão porém modificação desfavoravel no estado da ferida, pois que a sua união progredia pouco a pouco, e não era já tão abundante a quantidade de pús que ella fornecia. Por isso mesmo forão retirados n'aquelle dia todos os pontos metallicos; todavia ainda erão pronunciadas as dôres que o doente sentia nos testiculos, e ao longo dos cordões inguinaes.

Com o clyster purgativo o doente teve algumas evacuações, e pareceu mais alliviado das dores que experimentava nos pontos indicados; mas desde o dia 7 de Abril a superficie

cutanea do lado direito do tumor escrôtal começou a apresentar-se entumecida, e havendo no dia 11 signal bem evidente de fluctuação nesse ponto, pratiquei uma incisão de 3 centimetros de extensão, e dei sahida á serosidade purulenta que alli se achava accumulada, mandando em seguida lavar o fóco com agua phenicada. Quanto ao tratamento geral, não houve mudança alguma.

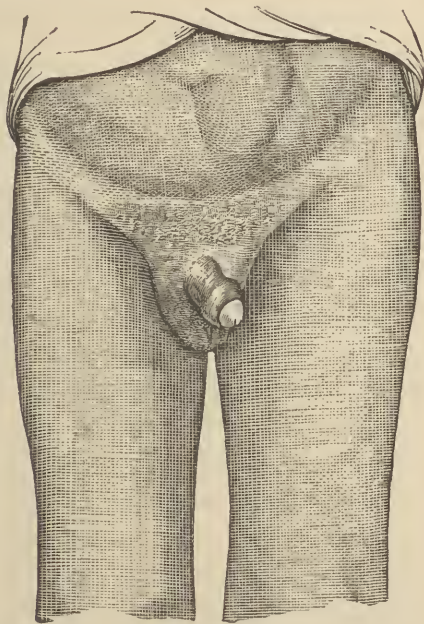



Fig. 42. — Resultado da operação feita no doente da fig. 38, tirado de uma photographia.

Nos dias 12 e 13 de Abril a incisão que havia sido praticada dava sahida a pequena porção de pús de boa natureza, e o tumor escrôtal diminuia consideravelmente.

O processo da cicatrização da ferida feita por occasião da operação seguio a sua marcha ordinaria, de modo a achar-se completo no dia 14 (fig. 42); mas o doente ainda continuou a ter

accessos febris para a tarde, e por isso esteve sempre em uso das pilulas de quinina, até ao dia 17 de Abril em que aquelles cessárão completamente.

Desde esse dia o doente começou a ter bastante appetite e a nutrir-se sufficientemente; e, como os testiculos ainda se apresentassem desenvolvidos e sensiveis á pressão, e a pelle acima da raiz do penis entumecida, prescrevi algumas fomentações com a pomada mercurial e de belladona sobre essas partes e o escrôto, e mandei continuar com as injecções detersivas de acido phenico diluido no fóco purulento que fôra aberto, pelo que este diminuira pouco a pouco de extensão, de modo que achou-se completamente cicatrizado no dia 8 de Maio, tendo o doente a sua alta no dia 11 deste mez, em que sahio do hospital inteiramente restabelecido: o escrôto tinha o volume natural, e convem não esquecer que o penis adquirira a propriedade funccional que havia perdido com o elephantiasis escrôtal.

Não sei se deixei de mencionar todas as particularidades que este facto offereceu; porém, apreciando agora algumas das circumstancias mais importantes, observarei que destas apenas devem ser mencionados os accessos febris de caracter intermittente de que esse individuo fôra acommettido dias depois da operação.

Observa-se commummente entre nós não só na clinica nosocomial como civil a manifestação desses accessos febris com caracter intermittente em qualquer circunstancia, e sobretudo depois das operações da ectomia. Algumas vezes esses accessos manifestão-se com caracter pernicioso, e arrebatão-nos os doentes quando menos esperamos. Elles não têm absolutamente nenhuma paridade com a infecção chamada putrida, ou com a diathese purulenta; parece serem devidos á irritação e á inflammação dos vasos lymphaticos, provocada por microphytos de natureza especial.

No doente cuja historia vos foi apresentada, os accessos febris tiverão a sua origem em uma lymphatite do escrôto, e, comquanto elles não tivessem cessado immediatamente depois da abertura do

abscesso pelo qual aquella terminára, todavia não deixareis de ter notado que houve desde logo profunda modificação, cujo complemento favoravel manifestou-se, quando pela sahida do pús procurei facilitar toda a resolução da irritação ou inflammação dos vasos lymphaticos, sendo nisto coadjuvado com o emprego do sulphato de quinina, meio de que sempre deveis lançar mão em semelhantes condições, e com o qual o cirurgião póde obstar o apparecimento de accessos perniciosos, e alcançar os mais bellos triumphos sobre a manifestação das febres que revestem o caracter intermittente.

Si, em alguns casos, como vistes, observa-se a lymphatite no escrôto formado á custa dos retalhos que são constituidos para envolverem a tunica vaginal e os testiculos depois de executada a ectomia, em outros pode tambem acontecer que essa tunica exposta ou aberta para dar sahida á serosidade, se inflamme e revista-se interiormente de falsas membranas cujos vasos sanguineos rompão-se e despejem alli o seu conteúdo, vindo por fim de seu lado o processo inflammatorio terminar pela suppuração. Foi um facto desta ordem que pudestes observar no doente que entrou para aqui no dia 9 de Julho e occupou o leito n. 7 (fig. 43).

O individuo em questão deixava observar uma hernia inguino-escrôtal reductivel no lado direito, e apresentava preso á arcada do pubis e ao perineo um tumor de fórma ovoide de 44 centimetros de diametro em sua maior largura, e cujo apice dirigido para cima offerecia 12 centimetros de diametro. Esse tumor descia até perto do nivel do terço inferior das côxas e era constituido pelo escrôto nimiamente espesso, rugoso, e coberto na parte anterior de alguma escamação epidermica, mas pouco alterado nas suas partes superior e interna. Pela apalpação encontravão-se dentro do tumor escrôtal dous outros, arredondados, sensiveis á pressão, e constituidos pelos testiculos, cujas vaginaes continhão bastante liquido, principalmente do lado direito, onde o volume era igual ao de uma grande pêra. O tumor principal ou escrôtal parecia ter pouco

mais ou menos o peso de 4 kilos, e a sua temperatura era mais pronunciada ou elevada do que a das partes vizinhas. O penis neste caso não se confundia na massa morbida, mas a sua bainha estava muito edemaciada principalmente na extremidade prepucial, onde se dobrava para dentro, formando uma abertura triangular por onde corrião as ourinas, e em cujo fundo se achava

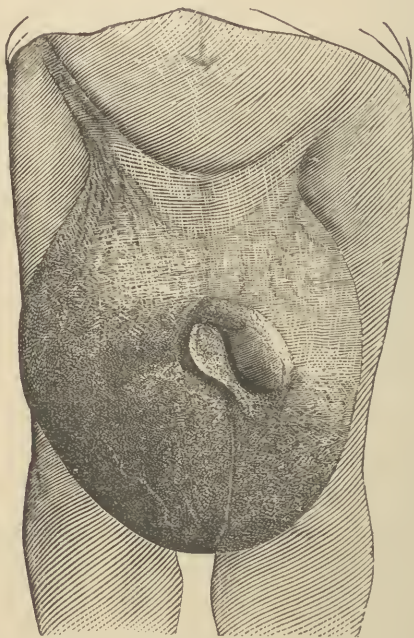



Fig. 43. — Tumor elephantíaco complicado de uma pequena hernia intestinal inguino-escrôtal direita.

a glande voltada para o lado esquerdo do escrôto por causa da hernia inguino-escrôtal, de que o doente tambem soffria, como já vos disse.

Esse individuo fazia datar a affecção escrôtal de tres annos, e como sempre esta começára por insultos erysipelatosos que se manifestárão por diversas vezes não só nos orgãos sexuaes como

nas pernas e côxa, onde se notava tambem alguma edemacia, sobretudo do lado esquerdo, cujos ganglios inguinaes apresentavão-se engorgitados ou volumosos. Além dessa, nenhuma outra affecção fôra encontrada, a não ser um ligeiro embaraço gastrico traduzido por fastio e estado saburral da lingua. Seja porém como fôr, depois de combatido por um purgante salino o estado das vias gastro-intestinaes, resolvi no dia 15 do mesmo mez praticar a ectomia.

Depois de chloroformisado o doente, e reduzida a hernia, fiz duas incisões obliquas de tres centimetros cada uma, que partião um pouco abaixo do ponto de união do penis com o escrôto, de modo a dar um retalho triangular com o apice para baixo e a base para cima. Dos lados ou extremos do triangulo partirão duas outras incisões semi-lunares de 12 centimetros cada uma, as quaes se reunirão na parte inferior do raphe escrôtal distante 3 a 4 centimetros do anus. Dissecados esses tres retalhos, separei os testiculos da massa morbida que por seu turno foi abatida sem a minima difficuldade. Ligadas as arteriolas que davão sangue, fiz logo em seguida a ablação do prepucio segundo o processo de Ricord nos casos de circumcisão, e, reunindo a ferida por meio de alguns pontos metallicos, puz a glande a descoberto, e pratiquei com o bisturi a punção das tunicas vaginaes, de cujo interior correu grande quantidade de serosidade. Ambos os testiculos parecião estar em estado normal; só havia engorgitamento do epididymo do lado direito. Os retalhos forão então unidos de baixo para cima por meio da costura entortilhada, e, accommodados no seu interior os testiculos, reuni o retalho triangular com os retalhos semi-lunares por meio da costura metallica (fig. 44).

A operação não durou mais de 13 minutos, o corrimento sanguineo foi insignificante e o doente despertou da chloroformisação sem abalo nem accidente algum, tendo para tomar logo depois uma p ção calmante, e durante o dia alguns caldos por alimento.

A ferida resultante da circumcisão estava no fim de oito dias completamente reunida, e os retalhos tambem estavão adherentes em sua parte média, mas em baixo e no apice do retalho triangular a união não se realizára por primeira intensão, e a suppuração que por alli vinha fòra a principio abundante, mas depois diminuira e desapparecêra completamente na parte superior, onde ao fim de 20 dias a união tinha-se estabelecido perfeitamente bem. Entretanto, logo em seguida, no lado direito do escrôto artificial apparecêrão successivamente alguns fócos purulentos que se abrirão espontaneamente e transformarão-se em trajectos fistulosos. Tendo encontrado alguma fluctuação nesse lado, de

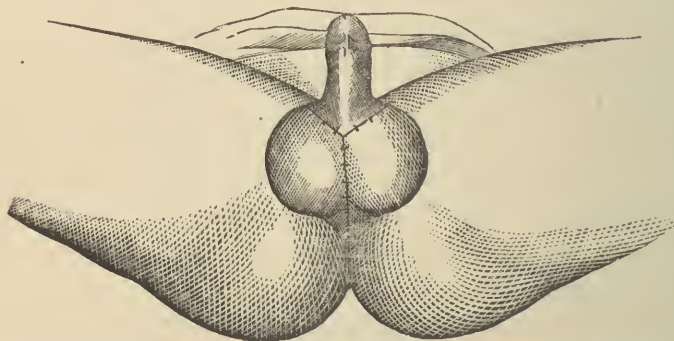



Fig. 44. — Disposição em quo so mantom as partes depois do rounidos os rotalhos na operação praticada no doento da fig. 43. Dosenho do alumno Thomaz.

modo a denotar que a tunica vaginal estava distendida por liquido accumulado em seu interior, pratiquei então em 11 de Julho a puncção por meio d › trocater, e d'alli dei sahida pela canula a um liquido a principio amarellado e depois côr de borra de vinho; pelo que substitui a canula do trocater pela tenta-canula ordinaria, e pratiquei uma larga incisão, que tornou exposto o interior da vaginal, d'onde forão extrahidos alguns coalhos sanguineos mais ou menos escuros. Essa membrana estava espessa e revestida de uma substancia amarellada que se confundia com os coalhos sanguineos. Um tubo de drainage foi alli introduzido para

ter afastadas as bordas da incisão, e sobre a parte mandei applicar o curativo de Lister. A suppuração foi a principio muito abundante, mas no fim de 9 dias tinha diminuido, de modo que no dia 20 de Agosto a cicatrização era completa e o doente teve alta perfeitamente restabelecido, ou sem alteração na bainha do penis, e com um escrôto de volume pouco maior do que no estado normal.

O processo operatorio de que neste caso lancei mão foi diverso do que empreguei no outro doente que servio de objecto a estas considerações, e accommodado a todas as suas condições; e o procedimento que tive acha perfeitamente a sua justificação na necessidade que apresentou-se de dar sahida ao pús que com os coalhos sanguineos tinha-se accumulado na tunica vaginal. A incisão que nesta membrana se pratica para dar sahida á serosidade que alli geralmente se apresenta nos casos de elephantiasis, cicatriza com facilidade, de modo que, se apparece a inflammação, esta não termina pela suppuração; mas logo que pelos phenomenos geraes e locaes fôr observado que o pús não acha facil sahida para o exterior, é preciso dilatar o escrôto e a tunica vaginal para impedir o desenvolvimento de accidentes mais graves.

A existencia da hernia não constituiria contra-indicação á operação, ainda que aquella fôsse irreductivel, pois que podião-se formar os retalhos com a extensão conveniente para que revestissem os testiculos e o sacco herniario, sem embaraço algum: o que se torna preciso é que o cirurgião não abra o sacco se a hernia fôr reductivel, e não a comprima demasiadamente si ella fôr irreductivel por adherencias.

Em resumo, meus senhores, a extirpação dos tumores elephantiacos constitue entre nós uma das mais faceis operações cirurgicas e pelos meus processos o manual operatorio reduz-se a tirar dos lados internos do tumor dous retalhos que cubrão os testiculos, depois de desembaraçados ou retirados da massa morbida que os envolve. Tanto este processo como o que eu indiquei

para os casos em que a bainha do penis se acha alterada, são muito superiores aos processos de Larrey, de Delpech e de Cloth Bey.

Achando-me em Dezembro de 1871 no hospital Lariboisière, na clinica do professor Verneuil, foi-me por este indicado um individuo que se tinha recolhido á enfermaria por causa de um tumor elephantiaco do escrôto, exigindo-se de mim e do meu amigo e collega o Dr. Brum que então se achava presente, que dessemos a nossa opinião sobre a natureza da affecção e a respeito do estado das funcções genesicas dos individuos que soffrião d'essa molestia em nosso paiz.

Expuz ao professor Verneuil a minha opinião e fiz a descripção do processo operatorio que eu empregava para a extirpação desses tumores. Elle depois de ouvir-me, convidou-me para guial-o na operação que foi marcada se não estou enganado para o dia 24 de Dezembro daquelle anno.

Na occasião aprazada achei-me presente, e o professor Verneuil, seguindo todas as indicações que eu lhe propunha, fez em seu doente a ablação do tumor pelo meu processo.

O resultado immediato não deixou de causar grande admiração aos numerosos alumnos e medicos presentes, e todos dirigindo-me felicitações confessárão que a operação a que assitião era uma das mais atrevidas da cirurgia.

Lendo a these sobre a elephantiasis do escrôto sustentada em 1875 pelo Dr. Broquère, nella encontrei a observação desse caso com todas as particularidades que lhe erão peculiares; mas o professor Verneuil que a forneceu não se dignou de mencionar a mim e o meu collega Dr. Brum senão com o termo generico de dous cirurgiões brazileiros, e ainda assim não foi muito fiel na descripção que fez da operação, pois que disse que os cordões espermaticos, testiculos, e epididymos forão dissecados com a maior minucia, quando estes orgãos foão retirados da massa morbida envolvida com a tunica vaginal, cuja rescisão apenas limitou-se

a uma pequena parte, afim de dar esgôto á serosidade alli contida, e determinar a cura de um hydrocele que complicava a elephantiasis nesse doente.

Em todos os outros pontos a descripção é perfeita, e tanto o Dr. Broquère como o proprio professor Verneuil fazem sobresahir as vantagens do meu processo, consignando a facilidade com que a cura foi alcançada no mesmo caso.

Com certeza seria mais difficil obter identico resultado si o professor Verneuil puzessse em execução a operação como elle havia imaginado, e que consistia em praticar duas incisões obliquas á direita e á esquerda, partindo dos anneis inguinaes externos até se encontrarem sobre o raphe mediano, e a um dedo transverso abaixo da raiz do penis, e do ponto de união, praticar uma terceira incisão que dividisse o escrôto até ao perineo em duas partes iguaes para se proceder ao isolamento dos testiculos e cordões, fazendo-se depois a excisão das partes que devião compor o retalho.

Comparae agora este processo com o que vos tenho aconselhado, e não vos será difficil reconhecer que o meu processo é seguro em seus resultados, e é mais regular do que todos os outros que têm sido propostos e imaginados para a extirpação dos tumores elephantiacos do escrôto.

QUINQUAGESIMA SEXTA LIÇÃO

HYDROCELE VAGINAL

SUMMARIO:—São frequentes os hydroceles da vaginal.—Não estão bem elucidadas as questões concernentes a esta affecção.—Opiniões apresentadas a este respeito por cirurgiões de grande nomeada.—Especies de hydroceles. Hydrocele agudo.—Caso observado.—Mechanismo de sua formação.—Theoria de Rochoux.—Estado do testiculo.—Phenomenos objectivos. Tratamento.—Hydrocele chronico.—Causa.—Lado de predilecção.—Estado da tunica vaginal.—Côr do liquido.—Estado dos testiculos.—Quantidade de liquido.—Logar occupado pelo testiculo.—Caracter do tumor.—Exame por meio da luz.—Fórma em ampulheta.—Explicação deste facto.—Crescimento do tumor.—Transformação do hydrocele em hæmatocele.—Enganos deploraveis resultantes deste phenomeno.—Diagnostico do hydrocele.—Molestias com que póde ser confundido.—Caracteres distinctivos de cada uma.—Consequencias do hydrocele.—Raridade da cura espontanea.—Casos observados.—Tratamento paliativo.—Meios aconselhados.—Regras a seguir.

MEUS SENHORES,

E' raro o anno em que não se tenhão de operar neste serviço grande numero de individuos affectados de hydrocele, e nos poucos mezes em que está a meu cargo a aula da clinica cirurgica da faculdade, vistes que já tenho operado quatro doentes, sendo tres de hydrocele unico, e um de hydrocele duplo.

Talvez penseis que se achão convenientemente estudados todos os pontos concernentes ao hydrocele, e si assim é, enganai-vos: chamo a vossa attenção sobre essa affecção, para vos mostrar que ainda ha alguma cousa a fazer a tal respeito.

Si quizesse apreciar os progressos da cirurgia, além de muitos outros factos, não teria mais do que trazer á discussão os tumores do escrôto constituidos por serosidade. Abri, senhores, o quarto volume da *Clinica cirurgica* de Dupuytren, essa grande gloria da cirurgia franceza, e ahi vereis que o hydrocele era

confundido com o hematocele e com algumas outras affecções do testiculo, e que se fazia ás vezes a ablação deste orgão em muitos casos em que apenas nelle se notava augmento de consistencia ou diminuição de volume. A castração era quasi sempre inseparavel do methodo operatorio empregado na cura radical do hydrocele.

Consultai a obra de *Clinica cirurgica* do professor Velpeau, essa grande illustração da França, e observareis que debaixo de muitos pontos de vista essa affecção não estava perfeitamente estudada.

Volvendo os olhos para os escriptos dos cirurgiões mais antigos, encontrareis a opinião formada por Morgagni de que o hydrocele tinha por origem a producção de hydatides na tunica serosa dos testiculos.

O Dr. Gama, professor no *Val de Grâce* em Paris, na memoria publicada sobre o hydrocele não só considerou esta affecção dependente de hydatides, como procurou sustentar que as sangrias locaes convinhão em semelhantes condições, e que o melhor e o mais innocente dos methodos operatorios era a dilatação ou incisão do tumor formado pelo hydrocele, idéa partilhada pela escola de Broussais, e pelos cirurgiões desse tempo, sobretudo por Begin, cuja obra vos é muito conhecida.

E' muito grande, sem duvida alguma, a distancia que vai dos conhecimentos actuaes sobre essa materia para os que se tinhão outr'ora; mas nem por isso todos os pontos da questão se achão esclarecidos e apreciados para se deixar de lado qualquer indagação a semelhante respeito. De minha parte não farei mais do que dar conta do estado actual da sciencia, e apreciar as questões que se ligão ao estudo das variedades, causas, symptomas, marcha e terminação do hydrocele, para dahi interpretar melhor os factos que aqui observastes, e tirar as deducções mais proficuas ao tratamento dos casos que para o futuro tenhão de merecer praticamente a vossa attenção.

Todos os quatro casos que ultimamente apresentárão-se neste serviço forão de hydrocele chronico simples do testiculo, e em todas elles a exsudação serosa fez-se na cavidade vaginal; mas, como sabeis, algumas vezes essa affecção apresenta uma marcha aguda, e em logar de ser simples ella é congenial, e, em vez de occupar a cavidade vaginal, a collecção de serosidade fórma um kysto do epididymo, ou se faz na tunica albuginea, ou então vai occupar o cordão espermatico, onde constitue um hydrocele diffuso ou enkystado. Por outro lado a collecção serosa póde fazer-se em saccos herniarios falsos ou verdadeiros, e então complicar-se o hydrocele vaginal com qualquer hydrocele desenvolvido nas partes vizinhas.

Quando apresentarem-se aqui todas estas especies ou variedades de hydroceles, não me descuidarei de chamar para ellas a vossa attenção; nesta reunião só me occuparei do hydrocele vaginal agudo e chronico.

Tendes um exemplo da primeira variedade no doente que occupa actualmente o leito n. 2. E' um individuo, como podeis vêr, de 24 annos de idade, de temperamento lymphatico-bilioso, e constituição regular. Apanhando ha seis dias uma blennorrhagia, foi consultar a um dos innumeros pharmaceuticos que se mettem a curar, e, em virtude da injecção que empregou ou pela propagação da inflammação, o epididymo e a tunica vaginal participárão deste estado, de modo que encontrais no escrôto do lado direito um tumor, do volume de uma mão fechada, periforme, de côr rosea, nimiamente sensivel á apalpação, e que manifesta uma fluctuação notavel, quando o tomamos com a mão esquerda e procuramos com os dedos da direita exercer pressão em dous pontos oppostos. Nem a tunica escrôtal nem a vaginal se achão nimiamente distendidas, pelo que póde-se encontrar o epididymo, como vos indiquei, o qual se apresenta bastante volumoso, e abraça o testiculo como uma concha, distinguindo-se esses dous orgãos pela maior consistencia que o primeiro offerece. A inflammação

estende-se ao cordão espermatico, cuja sensibilidade e grossura são muito mais notaveis do que no estado normal.

Consiste pois o hydrocele vaginal agudo no derramamento rapido de certa quantidade de serosidade na tunica respectiva, o qual depende geralmente de uma *vaginalite*.

O Sr. Rochoux dizia que debaixo da influencia da orchite aguda produzia-se o hydrocele vaginal da mesma especie; mas, como muito bem demonstrou o professor Velpeau, esse cirurgião commetteu um erro, tomando a molleza do testiculo por derramamento de serosidade na vaginal; e na verdade quando se desenvolve uma epididymite, o testiculo, como ha pouco referi, fica preso na sua parte posterior e inferior por uma concha mais ou menos dura e resistente, que dá sensação muito diversa da que se obtem quando se comprime o epididymo no estado normal: encontra-se um tumor constituido por uma parte muito dura, e outra tão molle, que quando é comprimida dá idéa de collecção liquida. Esta procede da inflammação exsudativa da vaginal, membrana que, como sabeis, envolve grande parte do epididymo.

Dei-vos um exemplo de que o hydrocele agudo póde ter o seu ponto de partida na epididymite blennorrhagica, e observareis o mesmo phenomeno depois da injecção no hydrocele chronico; mas algumas vezes a vaginalite se manifesta com derramamento seroso, sob a influencia de pancadas dirigidas sobre o escrôto, ou do attrito que este soffre sobre as côxas. Devo entretanto confessar que ainda não observei o hydrocele agudo senão nos casos de blennorrhagia.

Como se realizará na tunica vaginal esse derramamento?

Creio que não vos será difficil comprehender a natureza desse processo, e é bastante para isto que vos lembreis que, quando um orgão se acha irritado, deve haver maior affluxo de liquido para essa parte, pelo que os vasos absorventes tambem não preenchem em semelhantes condições as suas funcções, como

quando afflue a quantidade de materiaes necessarios simplesmente á nutrição, de modo que d'ahi resultando o desequilibrio entre as funcções de secreção e absorpção, se dá o derramamento da serosidade. O processo morbido na linguagem do professor Virchow se caracterisa por um trabalho de secreção, distincto do processo *formador* observado geralmente nas inflammações. Não é raro entretanto que o trabalho irritativo ou inflammatorio, ao mesmo tempo que determina essa secreção, provoque, como se observa depois das injecções irritantes na vaginal para a cura radical do hydrocele, uma proliferação dos elementos da tunica serosa, em virtude do que as tunicas do testiculo se apresentão infiltradas, e a vaginal muito mais rugosa e espessa do que nas condições normaes, podendo soffrer outras transformações,e o hydrocele passar do estado agudo ao estado chronico.

O que é notavel é que o testiculo conserva-se geralmente no seu estado normal ; mas porque razão esse orgão não partilha como o epididymo daquella affecção ? Gendrin deu uma explicação que me parece muito plausivel, e que se firma ou se basêa na lei de alteração por identidade e continuidade dos tecidos. Elle disse que, quando a membrana vaginal se achava sob a influencia da inflammação, o tecido conjunctivo subjacente ou subseroso vinha a participar deste estado pela proximidade e continuidade que tinha com o tecido que soffreu a irritação,ao passo que a irritação não se propagava ao testiculo, porque este orgão se achava separado da serosa e do tecido conjunctivo subjacente pela albuginea.

Não são propriamente questões especulativas estas que agito ; do estado em que tem de achar-se o testiculo nos hydroceles deve o cirurgião deduzir todo o seu procedimeuto.

Em relação aos phenomenos objectivos, bem podia deixar de os indicar, pois que já os conheceis no caso que vos referi ; mas sempre vos direi que o hydrocele vaginal apresenta-se sob a forma de tumor mais ou menos resistente, periforme, alongado, ou globuloso, de côr rosacea ou avermelhada, sensivel á pressão,

e dando por este meio ou pela apalpação signaes evidentes de ondulação ou fluctuação. Em geral os phenomenos subjectivos se achão subordinados á intensidade da inflammação. Quando esta é bem pronunciada, é raro que o doente não apresente reacção febril, estado saburral da lingua, anorexia e insomnia, determinada pela dôr que lhe desperta a distensão inflammatoria da vaginal. Nos casos ligeiros não se nota a menor perturbação no estado geral do individuo, ou no exercicio de suas funcções.

O tratamento a seguir nessa especie de hydrocele é o mesmo reclamado pela epididymite que lhe deu origem, e assim para fazer desapparecer ou resolver a inflammação da vaginal, e com esta o derramamento que se manifestou em sua cavidade, empregão-se as sanguesugas á raiz do cordão espermatico, as cataplasmas emollientes laudanisadas sobre o tumor, e os diluentes internamente. O doente deve conservar-se de cama, e no caso de embaraço gastrico administrão-se os laxativos. A suspensão do tumor faz muitas vezes diminuir a intensidade da dôr.

Si a inflammação fôr entretanto muito intensa para poder terminar pela suppuração, deveis em semelhantes condições fazer a puncção, pela lancêta ou pelo trocater, das tunicas do testiculo até á vaginal, afim de que o liquido que alli se acha encerrado seja eliminado ou extrahido. Desde logo a tensão que soffre a tunica vaginal, e a compressão do testiculo e do epididymo desapparecem, e com ellas a dôr e a intensidade da inflammação.

E' ainda á dilatação da tunica vaginal que deveis recorrer quando pelos caracteres do tumor, por sua fluctuação, pelos symptomas geraes apresentados pelo doente, taes como, calafrios febre, anorexia e estado saburral da lingua, etc., tiverdes reconhecido que a cavidade vaginal contém pús; e com effeito a vaginalite póde terminar pela suppuração, como muitas outras inflammações.

Appliquemos agora, meus senhores, a attenção sobre os doentes affectados de hydrocele chronico. Não ha um só delles que possa

referir a causa especifica do apparecimento da exsudação. O doente do leito n. 35 começára a sentir os primeiros insultos da affecção ha 8 annos, e o do leito n. 12 refere que o tumor vaginal data de 12 mezes ; o os outros o descobrirão em épocas que não sabem precisar.

Entretanto essas collecções de serosidade da tunica vaginal que dão em resultado o hydrocele chronico, ou têm sempre por causa a irritação da vaginal, ou sobrevêm debaixo da influencia da orchite, da epididymite, e do attrito ou contusão do escrôto. Algumas vezes a contusão provoca pouca dôr, e muito tempo depois é que sobrevem o derramamento de serosidade. Outras vezes o doente é acommettido de orchite ou de epididymite, e como não sabe conhecer a molestia não póde ligar este estado ao tumor que depois vem manifestar-se.

A affecção de que me occupo não se observa em todos os pâizes, mas é sobretudo nos paizes quentes onde ella é mais commum. Entre nós, tendo em consideração o grande numero de casos que se apresentão não só nos hospitaes como ainda na clinica civil, póde-se dizer que o hydrocele é uma das affecções mais frequentes. Ou sejão casos de reproducção, ou formados espontaneamente, o certo é que se observa muito frequentemente entre nós o hydrocele chronico; e, comquanto appareça em todas as idades, é sobretudo nos individuos de 20 a 40 annos em que elle se manifesta mais vezes. A sua formação é tambem devida ao desequilibrio entre as funcções de absorpção e secreção ou exhalação.

Quando fallei da elephantiasis do escrôto vos disse que o Dr. Cloth-Bay attribuia essa affecção ás repercussões produzidas pelas lavagens continuas feitas pelo sectarios de Mahomet. Entre nós não ha semelhante habito, mas comprehendeis que, havendo quasi sempre uma transpiração cutanea abundante, sejão frequentes os resfriamentos do escrôto, e possa resultar d'aqui uma irritação da vaginal, acompanhada de derramamento seroso em

sua cavidade respectiva. Devem concorrer muito para este resultado os abaixamentos rapidos de temperatura, pois sabeis que em algumas provincias do Brazil onde não se notão estas condições, o hydrocele quasi não é observado.

Essa affecção póde ter a sua séde em um só lado do escrôto, ou em ambas as tunicas vaginaes, isto é, póde ser *unica* ou *dupla*. O hydrocele duplo é menos frequente do que o hydrocele de um só lado do escrôto. Este tem tantas vezes a sua séde na cavidade vaginal direita como na esquerda; entretanto o professor Velpeau, reunindo uma serie de factos, concluio que o hydrocele do lado esquerdo era mais frequente do que o do lado direito, ao passo que o Dr. Curling encontrou em 109 casos, 65 á direita e 44 á esquerda, de modo que a estatistica do professor Velpeau acha-se em completa desharmonia com a de Curling. Dos factos que tenho observado, a conclusão que posso tirar é que o hydrocele é tão frequente em um como em outro lado. Neste serviço tendes observado em bem pouco tempo quatro casos, sendo um de hydrocele duplo e tres de hydrocele unico do lado esquerdo; mas é na verdade pequeno o numero de factos para que possais formular juizo sobre essa questão. O que tambem tenho observado é que o hydrocele congenial é mais frequente no lado direito do que no esquerdo.

Quando se tem occasião, o que é muito raro, de fazer a dissecção do escrôto affectado de hydrocele vaginal chronico, observa-se que a tunica vaginal se acha ás vezes em perfeito estado, ou lisa e polida, como nas condições normaes; outras vezes, porém, ella se apresenta mais ou menos espessa, com partes cartilaginosas, e alguns pontos completamente ossificada, como vistes em um dos doentes em quem pratiquei a ectomia. Essas alterações pódem ser encontradas em todos os pontos cobertos pela vaginal, e o processo inflammatorio ou irritativo que as provocou determina algumas vezes adherencia entre as superficies da serosa, donde resulta no hydrocele um ou mais *loculos* cheios de liquido.

Chamo a vossa attenção para este ponto por isso que os meios que tendes de empregar para a cura radical, quando a vaginal achar-se cartilaginosa ou em parte ossificada, não devem ser identicos aos de que lançareis mão quando essa membrana acharse com a espessura normal.

O liquido do hydrocele é em geral de côr citrina ou alaranjada, e contém alguns flocos albuminosos. Quando os individuos não são muito moços, ou a affecção data de muito tempo, encontrão-se no liquido palhetas brilhantes devidas á presença da cholesterina, e, segundo as investigações feitas creio que por Holmes, esse liquido contém sempre mais principios albuminosos do que o que é extrahido da cavidade peritoneal nos casos de ascite.

Em algumas circumstancias o liquido póde tambem apresentar a côr do leite de côco, e constituir o *espermatocele*, ou o hydrocele *espermatiço* ou *leitoso*. Observei muitos casos desta ordem quando estive em França e frequentei o serviço do Sr. Chassaignac no hospital de *Lariboissière*, e já tive aqui no Rio occasião de ver um facto desta ordem em um criado meu. Hei de fallar em occasião opportuna mais extensamente dessa especie de hydrocele.

Os testiculos no hydrocele vaginal chronico apresentão-se quasi sempre em estado normal, mas outras vezes esses orgãos pódemse apresentar mais ou menos espessos, volumosos e com consistencia notavel, segundo o gráo de inflammação e caracteres que esta offerece. No doente que occupa o penultimo leito do serviço, observastes que os testiculos formavão um tumor duro e resistente, que occupava grande parte da cavidade vaginal, donde não extrahi mais de 64 grammas de serosidade.

A quantidade de liquido contido no hydrocele é muito variavel. Nos individuos que aqui tenho operado, a quantidade do liquido tem sido de 64 a 750 grammas.

Ha casos, entretanto em que o hydrocele contém uma quantidade de liquido muito consideravel. Dizem que o historiador

Gibbon tinha um hydrocele donde se extrahio, segundo refere Curling, nada menos de 7 litros de serosidade! Em um doente que esteve a meus cuidados nos quartos particulares, muitos d'entre vós que o forão vêr, devião ter notado um tumor no escrôto do tamanho da cabeça de um adulto, e que não operei porque esse individuo achava-se muito abatido, e tinha uma fractura do collo do femur, de que felizmente sahio restabelecido algum tempo depois.

Não deveis nunca nos hydroceles deixar de reconhecer a posição occupada pelo testiculo; este orgão se acha quasi sempre na parte posterior e inferior do tumor, de modo que, ao comprimirdes um tumor formado por collecções serosas na cavidade vaginal, encontrareis na parte posterior e inferior um ponto mais duro e resistente. em que o doente accusa maior dôr: esse ponto é onde está o testiculo. Algumas vezes, porém, em consequencia de adherencias ou inversões do respectivo orgão, póde a serosidade accumular-se na parte posterior, e vir por este modo o testiculo apresentar-se na parte anterior. D'ahi o cuidado extremo da vossa parte, para que nunca procedais á puncção do hydrocele sem que tenhais reconhecido a posição exacta dos testiculos, e, si não fôr possivel conhecer esse ponto, não receieis na occasião da operação praticar sobre as tunicas uma pequena incisão para diminuir a tensão provocada pelo liquido da vaginal, afim de sentir a fluctuação, e penetrar ahi com o trocater, pois que ha casos em que o cirurgião por falta de cuidado tem atravessado os testiculos e provocado inflammação por tal fórma intensa que o individuo vem a fallecer, assim como me foi referido um caso pelo antigo director desta escola.

Vêde, pois, que a mais pequena operação exige muita attenção e cuidado do cirurgião, para que este não seja prejudicial ou nocivo áquelles que confião nos seus conhecimentos e saber.

O hydrocele, como tendes visto nos casos apresentados ao vosso estudo, é uma affecção que se caracterisa por derramamento

mais ou menos consideravel de serosidade na tunica vaginal, de modo a formar um tumor oval, periforme, ou globuloso, o qual começa geralmente a desenvolver-se na parte inferior e interna da vaginal até adquirir um volume mais ou menos consideravel, conforme a quantidade de liquido alli accumulado. A superficie do tumor, constituida pela pelle ou tunica escrôtal, é geralmente lisa, de côr natural, a menos que não exista alteração elephantiaca. Esse tumor não se acha adherente ás partes visinhas; e, quando não tem adquirido grande volume, póde-se sentir o cordão espermatico e o testiculo. Quando se exerce a apalpação, sé obtem a sensação de uma cavidade cheiá de liquido, e pela percussão sente-se uma especie de vibração caracteristica das collecções seroras. Não alcançareis a mesma sensação se percutirdes um tumor que encerre em seu interior pús ou outro qualquer liquido mais espesso do que a serosidade.

Quando se examina esse tumor por meio da luz artificial em quarto escuro, observa-se que elle é transparente em quasi toda sua extensão, excepto no ponto occupado pelo testiculo. Para se proceder a esse exame o individuo deve achar-se em quarto escuro, e interceptar-se por meio da mão aberta, collocada pelo bordo cubital sobre a parte anterior do escrôto affectado, a diffusão da luz da vela, que se faz chegar a um dos lados do tumor. Este póde ser atravessado pelos raios luminosos, e então torna-se transparente e de côr ligeiramente rosacea, o que, meus senhores, constitue um signal de summa importancia no diagnostico do hydrocele. Entretanto ha casos em que a tunica vaginal tem adquirido tal espessura que não deixa passar os raios da luz, nem permitte que assim se observe a transparencia, apezar de ser o tumor constituido por collecção de serosidade na tunica vaginal.

Ha outros casos em que a transparencia torna-se bem apreciavel, e todavia o volume do escrôto depende da infiltração de serosidade no tecido subcutaneo, ou é constituido por alteração

coloide do testiculo. Em virtude disto, Percival Pott, em seu *Tratado do hydrocele*, contesta o valor que possa ter a transparencia para o diagnostico desta affecção, e julga que é um phenomeno que não deve servir de güia ao cirurgião.

Comquanto se dêm as excepções que indiquei, ou possa observar-se a transparencia em outras affecções, todavia quando esse signal torna-se evidente, e a elle se reunem a falta de alteração da pelle, a insensibilidade e o crescimento lento do tumor, não se póde ter duvida sobre a existencia do hydrocele. Quando este adquirir volume consideravel e é duplo, como observastes no doente do leito n. 15, a pelle das partes circumvizinhas é acarretada no desenvolvimento do tumor, de modo que o penis desapparece, e na parte media ou superior daquelle encontra-se uma depressão infundibuliforme que vai ter ao meato ourinario ou á glande, como acontece exactamente nos casos de elephantiasis do escrôto.

Encontrareis algumas vezes o hydrocele com a fórma de ampulheta, ou deprimido de um lado de modo a offerecer a configuração dos rins. Estas disposições dependem da falta de ampliação uniforme da tunica vaginal ou das outras tunicas, em virtude de adherencias que se têm estabelecido, ou do espessamento que tem alli sobrevindo debaixo da influencia da irritação inflammatoria.

Nas regiões em que a vaginal não tem soffrido alteração de estructura, o liquido se accumula e faz com que o tumor se apresente mais desenvolvido ; mas em outros pontos, em que a tunica offerece mais resistencia por alteração propria ou dos tecidos vizinhos, a sua distensão torna-se desigual, e o tumor resultante tem diversas fórmas.

Quando pelo contrario o hydrocele é pequeno, como podeis notar no doente que substituio ao do hydrocele duplo e que occupa actualmente o mesmo leito n. 15, isto é, quando existe pequena collecção de serosidade na vaginal, a tunica escrôtal

apresenta-se encolhida, rugosa e com a disposição natural, ao passo que quando o tumor se desenvolve consideravelmente a pelle toda se distende e torna-se luzidia e tensa, ou, se ella conserva-se enrugada, podeis desfazer esta desposição levando-a com a mão para trás ou para os lados, de modo que sendo por esse meio applicada tensamente sobre a vaginal permitte-nos reconhecer que o tumor é formado pela distensão desta tunica. Para que possais então reconhecer se existe serosidade, não tendes mais do que procurar os signaes que vos indiquei.

Algumas vezes mesmo o hydrocele chronico cresce com rapidez extraordinaria em relação a outros hydroceles. Individuos ha que têm tumor deste genero com 32 a 64 grammas de serosidade, e assim passão sem vêl-o augmentar de volume durante mezes e annos; existem outros, pelo contrario, em que o tumor cresce rapidamente e adquire no fim de pouco tempo proporções extraordinarias, de modo a impedir-lhes o movimento accelerado das pernas. Quando o hydrocele cresce rapidamente, tenho observado, meus senhores, que o individuo accusa symptomas de vaginalite aguda. São esses accessos de vaginalite que provocão a formação de novas collecções serosas; e não é indefferente o conhecimento desses phenomenos, porquanto a irritação inflammatoria sobrevinda na vaginal nos casos de hydrocele póde dar em resultado, segundo demonstrou muito bem o professor Gosselin, a formação de falsas membranas na superficie interna dessa tunica, as quaes pódem romper-se e converter o hydrocele em hematocele, ou impedir a cura radical por meio das injecções irritantes. Acontece com effeito algumas vezes que, depois de se ter observado a transparencia perfeita do tumor, esta desapparece completamente no fim de alguns dias ou de pouco tempo, e, comquanto não seja muito frequente, é todavia um facto que se observa em alguns hydroceles, quando sobretudo apresentão-se symptomas de vaginalite.

Em semelhantes condições a superficie interna da tunica vaginal cobre-se de uma falsa membrana, que póde romper-se e dar em resultado o derramamento de sangue, de modo a tornar turvo ou vermelho o liquido alli contido, e a transformar como disse o hydrocele em hematocele E' preciso que guardeis estas idéas para que não vos cause a menor admiração a ausencia da transparencia do tumor que por vós foi verificado ha pouco tempo, e fiqueis prevenidos a respeito dessas transformações.

Não é lição toda theorica esta que aqui vos dou, e pois posso entrar em algumas considerações praticas. Um individuo consulta-vos sobre a natureza de um tumor escrôtal ; depois de bem examinal-o, diagnosticais um hydrocele da tunica vaginal, e marcais a operação para certo dia. Na occasião indicada praticareis a puncção, e pela canula do trocater em vez de serosidade é expellida certa porção de liquido vermelho e rutilante ou côr de chocolate. Quasi sempre o doente fica muito afflicto e apprehensivo logo que vê correr sangue ; desconfia de vossos conhecimentos, e se achais conveniente uma outra operação, raras vezes a ella quererá sujeitar-se, só porque não o prevenistes e não tivestes o cuidado no momento da operação de ver si o tumor ainda era transparente.

Ainda que os caracteres da affecção fossem evidentes em todos os casos, não deixeis comtudo de verificar a existencia da transparencia no tumor.

No doente do leito 34, feita a puncção veio a serosidade misturada com algum sangue devido provavelmente ao ferimento do testiculo, por isso que, havendo na vaginal pouco liquido, na occasião em que depois da primeira puncção inclinei o trocater para penetrar mais acima afim de passar por alli um tubo de drainage, a ponta do instrumento resvalou sobre o testiculo e o ferio. Mas que na tunica vaginal havia serosidade não ficou a menor duvida, pois que foi de liquido dessa natureza o primeiro jacto que veio pela canula.

Entretanto o cirurgião póde enganar-se, e não ha muito tempo que um dos mais distinctos praticos deste hospital praticou em um doente do seu serviço a puncção de um tumor escrôtal, na supposição de que este era constituido por collecção serosa na tunica vaginal. Não só tratava-se de um hematocele com alteração ou espessamento da tunica vaginal, como o testiculo se achava na parte anterior. Conhecida a natureza da affecção, foi feita a incisão das tunicas escrôtraes até á vaginal, e observando-se que o testiculo havia sido atravessado de parte a parte pelo trocater, e se achava muito compromettido em sua estructura, praticou-se então a castração e a excisão da serosa do testiculo.

O accidente que se deu n'este orgão não podia ser previsto, porque o testiculo não occupava a posição natural, e toda a tentativa para reconhecêl-a por meio da luz seria inutil, á vista do espessamento da vaginal. Só não teria sobrevindo si em logar da punção tivesse sido feita a incisão do tumor com muito cuidado; mas para isto seria necessario que se tivesse reconhecido previamente o hematocele, e a preferencía que se possa dar a um desses meios parece resultar do exemplo que acabo de referir. Em todo o caso a operação foi praticada debaixo de todas as regras necessarias, e o individuo ficou em pouco tempo restabelecido.

Será facil, meus senhores, o diagnostico do hydrocele? Asseguro-vos que, em regra geral, no começo de vossa pratica, e mesmo durante alguns annos, tereis difficuldade em distinguir o hydrocele de outras affecções que, tendo a séde no mesmo orgão, a elle se assemelhão. Quando não existir complicação alguma ou alteração da tunica vaginal ou escrôtal, não vos será difficil estabelecer o diagnostico do hydrocele, mas qualquer circumstancia que complicar o caso vos fará desde logo trepidar a respeito da natureza da affecção.

As molestias com que o hydrocele póde confundir-se são a *epididymite, a tuberculose do testiculo, a hernia escrôtal, o tumor encephaloide e o hematocele.*

Como distinguireis o hydrocele da epididymite chronica?

Desde já vos direi que a confusão só é admissivel nos casos em que se possa tratar de um pequeno hydrocele, porque logo que o tumor é volumoso poderá ser devido á uma outra affecção, mas não á inflammação do testiculo ou do epididymo.

Nos casos de tumor pouco volumoso o testiculo engastado no epididymo é mais molle do que este ultimo orgão, simúla perfeitamente algumas vezes a existencia de uma collecção serosa na tunica vaginal, sobretudo quando com essa diminuição de consistencia se manifesta o augmento do volume. Encontrareis um tumor com uma parte tão pouco consistente que póde dar-vos pela apalpação a sensação de fluctuação ; mas si em semelhantes casos tomardes em consideração o pequeno volume representado pelo tumor do escrôto, e a data da affecção, não podereis conservar por muito tempo qualquer duvida a respeito da natureza do caso. Não vos limitareis entretanto a alcançar estas noções: procedereis com todo o cuidado a fim de conhecerdes si o tumor é ou não transparente.

Si pelo processo que indiquei não vos fôr possivel chegar a este resultado, vos servireis para isso do estethoscopio, como é aconselhado por Curling nos casos em que a collecção não é constituida por liquido seroso e as paredes do kysto não são espessas. Com effeito, depois de illuminado o tumor, applica-se sobre elle uma das extremidades desse instrumento, e pela outra o cirurgião aprecia os effeitos da luz e a existencia ou não de transparencia. E' um meio excellente para os casos em que a collecção serosa é pouco consideravel.

Na ausencia desse signal, podereis ainda inclinar-vos para o diagnostico da epididymite, quando o tumor houver despertado em sua evolução certa exaltação de sensibilidade, ou fôr sensivel á pressão ; pois que no hydrocele, se não é comprimido o ponto em que se acha o testiculo, o individuo não accusa dôr alguma, ao passo que, quando se comprime o tumor formado

pelo desenvolvimento inflammatorio do epididymo, a dôr se torna pronunciada em todos os pontos.

O testiculo tuberculoso póde ser confundido com um pequeno hydrocele, ou pequenas collecções de serosidade da tunica vaginal; mas n'aquelle caso ha dôres surdas no tumor, e este apresenta orificios fistulosos, elevações e depressões que não se encontrão no hydrocele, cuja superficie é mais ou menos lisa. Alcançareis algumas vezes s nsação manifesta de fluctuação, mas esta não será perceptivel em toda a extensão do tumor. Existirá em diversos pontos, entre os quaes encontrareis especies de septos ou pontes de tecido mais ou menos resistente. Essa fluctuação será mesmo obscura, e em todo o caso o tumor não vos dará pela percussão a vibração tão caracteristica do hydrocele.

Distinguireis essa affecção do cancro encephaloide do testiculo pela desigualdade do tumor, pela fórma globulosa ou espherica, e pelas dôres mais ou menos agudas que o individuo accusa em semelhantes condições.

E' verdade que, quando a degenerescencia encephaloide tem produzido a destruição completa do testiculo, acontece que toda a sensibilidade da parte desapparece; mas ainda assim observareis que os pontos em que podeis perceber alguma fluctuação e chegão a fazer crer na existencia de liquido contido em cavidade, são separados por outros pontos mais ou menos duros e resistentes.

Si desejais confirmar positivamente o diagnostico, não tendes mais do que praticar a puncção com um trocater bastante fino, ou observar o tumor através da luz: no encephaloide não ha serosidade nem transparencia, ao passo que no hydrocele esta é evidente.

A molestia com que o hydrocele com mais facilidade póde ser confundido é a hernia escrôtal, e estareis lembrados de que alguns dos vossos collegas se inclinárão a admittir que o doente do leito n. 15, que já operei, se achava herniado, quando não tinha mais do que uma collecção serosa na tunica vaginal. Havia nesse

doente dilatação do canal inguinal direito, e o tumor estendia-se até ao annel externo; mas sentia-se acima delle o cordão espermatico, e não se podia encontrar o testiculo, como geralmente não acontece na hernia escrôtal. A fluctuação era manifesta, e a percussão dava som obscuro, emquanto que na hernia não ha geralmente fluctuação, e pela percussão se alcança um som tympanico, devido á presença de gazes na aza intestinal.

A historia do doente vos deveria servir muito para o diagnostico differencial. Se tivesseis entrado em indagações a respeito da evolução do tumor, ouvirieis do vosso doente que aquelle teve a sua origem no escrôto, e foi alli que se desenvolveu; ao passo que o tumor herniario apparece no annel inguinal, e pouco a pouco desce e occupa a região escrôtal, e alèm disto, fazendo-se o doente tossir, aquelle recebe um impulso ou augmento de volume de que o hydrocele se acha isento, a menos que este seja congenial; mas ainda aqui a obscuridade de som que se alcança por meio de percussão vem tirar toda a duvida. O tumor herniario, que se póde confundir com o hydrocele, é reductivel, ao passo que este não diminue de volume sob a influencia da pressão, a menos que persista a communicação da vaginal com a cavidade peritoneal; mas emquanto aqui a reducção se faz lentamente, na outra affecção se observa o gargarejo.

Já observei um caso em que o embaraço fôra extraordinario: tratava-se de um individuo que sob a influencia de um esforço violento sentira grande dôr no annel inguinal, e no escrôto direito, onde elle fôra descobrir pela primeira vez um tumor do tamanho de um ovo de gallinha. Esse tumor era sensivel á pressão, apresentava fluctuação obscura, e não se achava separado do cordão espermatico. O pulso era frequente e pequeno: havia prostação de forças e alguma sensibilidade no ventre, e tinhão-se manifestado alguns vomitos; entretanto o curso das materias fecaes era livre, pois que sob a influencia de um purgante que lhe fôra administrado derão-se algumas dejecções.

A historia deste doente fazia crer na existencia de uma hernia em que o intestino tivesse sido apenas beliscado por um dos agentes do estrangulamento; entretanto as cousas se aggravárão de mais a mais, e o doente veio por fim a fallecer. Reconheceu-se pela autopsia que havia um hydrocele enkystado no cordão, e que a morte tinha sido produzida por accesso de febre perniciosa.

Não ha molestia que mais se confunda com o hydrocele do que o hematocele, e é raro o cirurgião que não tenha cahido em enganos desta ordem. O crescimento do tumor é identico em ambos os casos, e segundo as observações do professor Gosselin é muito possivel a transformação do hydrocele em hematocele. Sabeis que o hematocele é um tumor constituido por derramamento sanguineo na tunica vaginal, e já vos indiquei o mecanismo de sua formação. Deste modo, quando vos restar duvida sobre o diagnostico, deveis antes de tudo observar por meio da luz, segundo o processo ordinario, ou por meio do estethoscopio, si o tumor é ou não transparente. Alcançada a transparencia estabelecereis o diagnostico do hydrocele, mas, no caso em que não exista esse signal, não vos podereis decidir pelo hematocele senão depois de fazer a puncção do escrôto com o trocater e examinar a natureza do liquido que é expellido pela canula do instrumento.

O tumor formado pelo hematocele é mais pesado e mais resistente do que aquelle que é constituido pelo hydrocele; mas algumas vezes, como já vos disse, a tunica vaginal póde tambem neste caso offerecer um espessamento consideravel, e dar ao tumor maior peso; e pois vêde que esse symptoma nem sempre vos servirá para o diagnostico. Tantas vezes se confunde o hydrocele com o hematocele, que é raro o cirurgião que estabeleça em certos casos o diagnostico differencial; quasi sempre ha tendencia para admittir-se a existencia do hydrocele, pois que tambem essa affecção é mais frequente do que a outra, mas só depois que se pratica a puncção é que se pode geralmente formar o diagnostico.

Raras vezes o doente consente em que se pratique a puncção, e si o cirurgião se anima a dizer que se trata de hydrocele, e aquelle não está preparado para soffrer a operação do hematocele, e vê entretanto correr sangue pela canula da trocater e ser adiada a operação, fica nimiamente contrariado e indisposto contra o cirurgião que se enganára. Outro aproveita-se dessa circumstancia, e com o maior desfaçamento julga impossivel que se tivesse commetido esse engano, e promette conduzir a operação a bom resultado ! Tudo isto é torpe e filho da ignorancia ou da perversidade ; mas o que fazer? Ter sempre procedimento mais nobre e cheio de dignidade.

Ainda que o hydrocele, meus senhores, não seja uma affecção grave e que possa pôr em perigo a vida dos doentes, elle entretanto constitue um tumor, cujo desenvolvimento póde attingir tal proporção que torne difficil e incommodo o andar, e exponha o individuo a certos accidentes, como a contusão e inflammação do tumor ou da tunica vaginal e do testiculo, e muitas vezes á alteração destes orgãos, caracterisada no primeiro caso pelo espessamento e ossificação de suas paredes, e no segundo pela atrophia e perda das funcções procreativas. Tendes obervado que sómente o desenvolvimento do tumor faz com que os doentes procurem vêr-se livres delle e submettão-se com este fim ao tratamento conveniente.

Rarissimos e muito excepcionaes são os casos em que o hydrocele tem desapparecido ou tem-se curado espontaneamente. Perciwal Pott refere dous factos desta ordem, e Benjamin Brodie apresenta dous outros que tiverão o mesmo resultado. Tive já um caso em um criado meu no qual deu-se o seguinte : apresentava-se elle com um tumor escrôtal que tinha tido o crescimento dos hydroceles e apresentava fluctuação bem manifesta. Feita a puncção, sahio pela canula de trocater um liquido lactescente que tornou patente a existencia de um espermatocele. O Dr. Nunes da Costa, que se achava presente na occasião para me ajudar na operação,

aconselhou-me que não fizesse injecção alguma. O tumor, no fim de algum tempo, tinha-se reproduzido com os mesmos caracteres, e dispunha-me a fazer a operação para a cura radical, quando esse criado foi acommettido de erysipela do escrôto, e provavelmente de vaginalite. Combati esse estado pelos meios internos, e por algumas applicações locaes emollientes e resolutivas, e como não observasse nenhuma diminuição no tumor, assentei em que mais tarde divia praticar a operação. No fim de um tempo, que agora não posso precisar, resolvi realisal-a.

Examinado o caso, verifiquei que o tumor tinha espontaneamente desapparecido e com elle o liquido sero-espermatico contido na vaginal. Quando apparecer aqui algum caso de espermatocele entrarei no estudo de sua pathogenia, e vos indicarei o mecanismo da cura espontanea. Qualquer consideração a este respeito seria por ora sem resultado algum.

Fui chamado em Dezembro de 1865 para vêr na rua das Violas um moço de 22 annos de idade que dizia ter um hydrocele vaginal do lado direito. Os caracteres do tumor, sua marcha e a perfeita transparencia que apresentava ao exame por meio da luz directa, me fizerão affirmar que se tratava na realidade de uma affecção dessa ordem, pelo que foi por pedido do doente espaçada ou guardada a operação para principio de Abril do anno seguinte. Em Fevereiro de 1866 esse moço apanhou uma blennorrhagia, seguida de uma violenta orchite que terminou pela suppuração.

Chamado em Março, quando os primeiros phenomenos da inflammação dos testiculos se manifestárão, observei que o líquido contido na vaginal havia desapparecido quasi todo, e que só existia o tumor constituido pelo desenvolvimento da glandula seminal e do epididymo, e devo ainda notar que o seu volume era menor do que na occasião do meu primeiro exame. As applicações de sanguesugas ao pediculo do tumor, os banhos e as cataplasmas emollientes, os purgativos e os diluentes não pôderão resolver a inflammação, que terminou por um abscesso

do testiculo, o qual, sendo dilatado, deu sahida pouco mais ou menos a 32 grammas de pús, sem mistura alguma de serosidade apreciavel á vista. Que esse doente tivera antes da manifestação da orchite um hydrocele, não póde haver a tal respeito a menor duvida, pois que a transparencia do tumor era perfeita, e os outros signaes caracteristicos.

Taes são os casos que tenho de aqui consignar, e desde já podeis vêr que a inflammação tem representado um papel importante na cura espontanea, como se observa nos casos em que se procura obter a cura radical por meio das injecções.

Mas não é sómente pelos accidentes a que se achão expostos que os individuos affectados de hydrocele procurão entregar-se aos cuidados do cirurgião: sabeis que, quando essa affecção é abandonada a si mesma, o tumor que d'ahi resulta adquirindo um volume consideravel, como aconteceu ao doente do leito n. 15, faz com que o penis fique inteiramente encoberto, e comprehendeis que para certos actos esse estado torna-se nimiamente desagradavel, e é motivo de grande pezar para o proprio individuo. D'ahi a necessidade da intervenção cirurgica, tanto mais quanto já vistes que quasi nada podemos esperar dos recursos da natureza. Todavia a pusillanimidade, o medo, a pouca disposição em que se acha o doente para ficar alguns dias de cama, fazem com que alguns delles não queirão sujeitar-se a uma operação radical e reclamem o emprego de qualquer meio local que possa modificar a natureza do tumor ou impedir o seu desenvolvimento.

Em taes casos tendes necessidade de instituir um tratamento que em virtude da incertesa de sua acção é chamado palliativo.

Os meios que tendes á disposição são numerosos, e entre elles os mais empregados são: a tintura de iodo e a pomada stibiada, as quaes se applicão sobre toda a superficie do tumor tantas vezes quantas fôrem necessarias para a resolução deste ultimo. Dupuytren e Velpeau empregárão os vesicatorios com algum resultado, e as fricções feitas com a pomada mercurial tambem

tem sido aconselhadas por diversos cirurgiões ; mas confesso-vos francamente que, se me visse com um hydrocele, não quereria o emprego ou applicação de nenhum desses meios, não só porque a cura é incerta, muito excepcional, e obtida á custa de dôres bem afflictivas, como porque a irritação que resulta da applicação desses meios póde ser o ponto de partida de uma erysipela ou lymphatite, cuja terminação nem sempre é innocente.

Entretanto quando o doente apresentar-se com pequeno hydrocele é bom vêr se podeis alcançar a resolução do tumor por meio da applicação da tintura de iodo, ou da seguinte preparação aconselhada por Curling, sobretudo nos casos de hydrocele congenial: chlorhydrato de ammonea 32 grammas, vinagre distillado 160 grammas, agua 250 grammas. Esta preparação deve ser applicada ao tumor duas vezes por dia : se ella é ou não conveniente não o posso dizer porque nunca a empreguei. Só a prescrevi a um doente, mas não sei o resultado, porque elle nunca mais me appareceu.

A punção do tumor é, como acabei de indicar, um meio palliativo, e que póde ser executado com uma lanceta, com o trocater, ou com uma agulha de cataracta. A puncção feita com o trocater constitue uma operação mais simples e menos dolorosa do que a que é praticada com a lanceta. Os tecidos depois da operação executada com o primeiro destes instrumentos são antes separados do que incisados, e não fica abertura alguma, ao passo que com a lanceta as partes são incisadas, e póde dar-se uma communicação do interior para o exterior, que persista por mais tempo do que se torna necessario.

Já vos indiquei as regras que deveis seguir para a execução dessa pequena operação, e sómente aqui accrescentarei que não penseis alcançar grande resultado com esse meio, pois que no fim de 8, 15 ou 30 dias o liquido se achará reproduzido ; e tenho mesmo notado que, em alguns casos, as puncções repetidas não são meios muito innocentes, e provocão irritações que dão em

resultado o espessamento da vaginal, ou augmenta o espessamento desta tunica, o que é pouco favoravel á cura radical. Não vos apresseis pois em empregar esse meio palliativo, e, si o doente o exigir, não vos esqueçais de expôr os inconvenientes a que elle ficará sujeito. Conheço aqui no Rio de Janeiro um respeitavel negociante que tem um hydrocele bastante volumoso do lado esquerdo, no qual tem-se feito a puncção quatro vezes com o intervallo de 3 a 6 mezes. Da primeira vez extrahiu-se 180 grammas de serosidade; das outras muito menos; mas tenho observado que o testiculo adquirio um volume consideravel e fórma por si só um tumor quasi tão grande como o que era constituido pelo hydrocele primitivamente. Apezar disto não tem querido vêr se fica radicalmente curado por meio da injecção.

A puncção feita com a agulha de cataracta tem o nome de *acupunctura*. Com esta operação não se retira para o exterior a serosidade contida na vaginal; mas procede-se por modo que ella possa infiltrar-se nas outras tunicas do testiculo, onde é ulteriormente absorvida. A operação em si é muito simples, e póde ser feita, quer o individuo esteja assentado, quer deitado, e assim, depois de ter-se sustentado o tumor na parte posterior com a mão esquerda, introduz-se em logar conveniente uma agulha de cataracta com a ponta terminada em ferro de lança, e, logo que ella tenha penetrado na cavidade vaginal, o cirurgião a retira um pouco para fóra até que a parte mais grossa fique entre as tunicas do tumor, e então exerce no cabo do instrumento nessa mesma occasião um movimento de rotação de modo a augmentar a abertura da vaginal, e a permittir que com a pressão exterior o liquido alli existente se infiltre no tecido cellular que une entre si as diversas tunicas do testiculo. Si ainda ficar algum liquido na vaginal, póde-se fazer a mesma cousa em outros pontos do tumor, que, por essa pequena operação, fica assim transformado em *anasarca* do escrôto.

Si a operação é com effeito muito simples, o seu resultado não é melhor do que o da punção pelo trocater; por minha parte receiava que essa infiltração serosa consideravel determinasse embaraço na circulação das tunicas escrotaes, e em seguida a mortificação mais ou menos extensa destas.

Todos os doentes aqui tem sido submettidos ao tratamento chamado radical.

Esse tratamento, como sabeis, é representado por diversos methodos, cujo valor é differentemente apreciado pelos cirurgiões, como vos mostrarei na proxima conferencia.

QUINQUAGESIMA SETIMA LIÇÃO

HYDROCELE VAGINAL

(*Continuação*)

SUMMARIO:— Tratamento radical do hydrocele.— Descripção dos methodes respectivos.— Regras para a execução.— Methodos preferidos.— Desvantagens do methodo da excisão.— Perigos do methodo pela introducção e passagem das tentas, velas ou sedenhos. — Incerteza do processo pelo drainage.— Phenomenos observados nos doentes tratados por este processo.— Certeza da cura radical pelo methodo da incisão.— Condições para efficacia e segurança desse methodo de tratamento. — Casos confirmativos.— Methodo das injecções.— Estado comparativo entre as injecções iodadas e cupricas.—Phenomenos desenvolvidos sob a influencia das injecções. — Accidentes observados.— Cuidados na occasião da puncção.— Meios de combater os accidentes.—Apreciação do processo do Sr. Maisonneuve.— Conclusão.

MEUS SENHORES,

Terminei a conferencia passada promettendo-vos occupar-me hoje dos methodos que o cirurgião tinha á sua disposição para curar radicalmente o hydrocele.

Esses methodos são constituidos pela abertura ou incisão do tumor, pela excisão parcial da vaginal, pela introducção de tentas, sedenhos e tubos de drainage, ou pela injecção de liquidos ou pela applicação de meios mais ou menos excitantes sobre o tumor vaginal. E' á abertura ou incisão, e ás injecções que, como tendes observado, sempre recorri aqui para alcançar a cura radical dos hydroceles dos meus doentes.

Não ha methodo de tratamento que offereça mais segurança e certeza de cura do que o da abertura ou incisão do hydrocele.

Esse methodo é de data mui antiga, e elle consiste na incisão franca da tunica vaginal, o que póde ter logar ou ser executado por instrumento cortante, por meio de causticos chimicos ou pelo cauterio cutellar de ferro ou de platina, levado á temperatura branca, ou encandecido por uma machina electrica etc.

O methodo da abertura do tumor não offerece a menor difficuldade de execução. Nos casos em que tenhais de pratical-o, o individuo ou o doente deve na occasião estar deitado. Não ha necessidade que este seja chloroformisado, porque a operação póde ser feita com extrema rapidez, e não causa grande dôr. Nestas condições, depois de ter sustentado o tumor com a mão esquerda, fareis com o bisturi na sua parte anterior e mediana, onde a fluctuação e transparencia forem bem manifestas, uma incisão, que depois será prolongada para baixo e para cima na extensão conveniente.

Em taes casos podereis empregar o processo que tenho por varias vezes sujeitado á vossa apreciação e para isso tomareis um trocater e fareis uma puncção na união do terço inferior com os dous terços superiores da face anterior do tumor, e quando o instrumento estiver na cavidade vaginal levareis a sua ponta mais acima no sentido do eixo vertical do tumor, e logo que ella tiver atravessado os tecidos de dentro para fóra retirareis o perfurador, e passareis pela parte superior da canula uma tenta munida de um rego, para, depois de extrahida aquella, ser por esta levado um bisturi de modo a dividir as tunicas do tumor. Este processo é executado com mais rapidez do que é preciso para descrevel-o, e, feito com cuidado, é tão seguro como o outro, e não necessita tambem que o individuo seja chloroformisado.

A abertura do hydrocele póde ser feita por meio dos causticos chimicos como a potassa ou o chlorureto de zinco, ou por meio da faca do galvano-caustico de Mildderdorpf ou do thermo-cauterio de Pacquelin.

O methodo da excisão da tunica vaginal é tambem um meio de tratamento radical do hydrocele, mui antigo ; mas, como expuzesse os individuos a inconvenientes serios, e a cura se tornasse excessivamente morosa e cheia de perigos pela suppuração que se desenvolvia, e pelos accidentes que podião manifestar-se, elle foi, por este motivo, abandonado durante muito tempo, até que em 1755 Douglas na Inglaterra e Bertrandi em França o preconisárão grandemente, e procurárão admittil-o na pratica geral.

Nesse processo pratica-se a dissecção das tunicas testiculares até á vaginal, que é dellas separada e excisada em uma extensão consideravel, deixando-se em todo o caso a porção que cobre o cordão espermatico e o testiculo, tal qual como se faz nos casos de hematocele. E' certamente um meio curativo mais longo e mais doloroso do que o da incisão, e não offerece mais vantagens do que este ultimo. O Dr. Kind-Wood, segundo Curling, modificou engenhosamente o processo da excisão, e limita-se apenas a introduzir na parte do tumor escrôtal, em que a fluctuação é manifesta uma lanceta prismatica e bastante larga, que, depois de incisar triangularmente a vaginal, é retirada, para com uma pinça ser presa e trazida para fóra uma porção dessa tunica a qual é cortada de modo a produzir-se nella uma perda de substancia mais ou menos consideravel. Esse cirurgião apresenta tres casos em que empregou com vantagem este processo ; mas o Dr. Titley, que o applicou em seis doentes, não alcançou em nenhum delles a cura radical.

O methodo pelo uso das *tentas e sedenhos* foi introduzido na pratica cirurgica dos hydroceles pelos Arabes ; e então, para applicar esses meios, elles começavão por fazer uma pequena incisão nas tunicas do tumor, e logo que a vaginal se achava aberta levavão uma tenta ou sonda á cavidade da serosa, e ahi deixavão-na, afim de dar sahida ao liquido existente e ao que se formasse, e provocar a inflammação necessaria á adhesão das paredes; quando, porém, querião empregar o segundo meio,

fazião duas incisões distantes uma da outra, e por ellas passavão uma fita de linho, de dous centimetros de largura, e cujas bordas estavão sem os fios longitudinaes, para tornar-se mais facil a sahida dos liquidos.

O tratamento por meio das tentas foi modificado pelo celebre Larrey, que, em logar de fios ou de uma canula, servia-se para deixar na cavidade vaginal de uma sonda de gomma elastica, com o que havia o resultado correspondido sempre á sua expectativa.

O emprego do sedenho teve de Pott grande aceitação, e foi por esse celebre cirurgião transformado em verdadeiro methodo de tratamento dos hydroceles. Alguns praticos inglezes dos tempos modernos, como Earle e Green, o preconisárão grandemente e o julgárão preferivel a outros meios e mesmo ao tratamento pelas injecções.

Nestes ultimos annos o Sr. Chassaignac, havendo observado que o emprego dos tubos de drainage era de summa vantagem nos casos de collecção purulenta, procurou estudar os seus effeitos no tratamento dos hydroceles, e achou que os resultados de sua pratica erão a esse respeito magnificos, pois que com o drainage não se fazia senão uma operação, combatia-se a collecção serosa, e se podia injectar a solução iodada quando e como se quizesse, e fazer ainda com ella a irrigação continua.

Um dos mais illustres cirurgiões brazileiros, o Dr. A. da Costa, cuja fama vos é conhecida, tendo por alguns tempos seguido em Paris as lições clinicas do Sr. Chassaignac, fez pela primeira vez, logo que aqui chegou, applicação do drainage á cura radical dos hydroceles. O resultado observado foi então dos mais deploraveis. Com effeito, sob a influencia da applicação desse meio, desenvolveu-se em todos os casos não só grande inflammação como a suppuração da tunica vaginal e do tecido cellular do escrôto. Um outro cirurgião que aqui empregou esse mesmo meio, obteve ainda peior resultado, porque vio parte das tunicas do testiculo cahir

em gangrena. Desde então o emprego do drainage foi condemnado pelos mais distinctos cirurgiões do Rio de Janeiro; mas força é confessar-vos que esse juizo fôra precipitado. O *Tratado das operações cirurgicas* do Sr. Chassaignac ainda não tinha apparecido, e por esses insuccessos não se poderia apreciar bem o processo. O Dr. A. da Costa, dotado de talento e amante em extremo dos progressos da cirurgia, havia visto na Europa fazer applicação do drainage á cura radical do hydrocele; reteve o facto, mas não acompanhou por certo o curativo consecutivo á installação dos tubos, e o tempo que estes devião ficar em contacto com a tunica vaginal, ou por outra, não estudou as condições que devião prisidir ao emprego desse meio. Foi depois da publicação da obra do Sr. Chassaignac que se vio, aqui, que esse cirurgião tinha como indispensavel para os bons effeitos do drainage a applicação de cataplasmas, segundo o principio da occlusão, o que quer dizer que se deve pelas cataplasmas impedir a entrada permanente do ar na tunica vaginal. O Dr. A. da Costa fazia com o trocater a puncção do hydrocele em dous pontos distantes, e depois de retirar o perfurador passava pela canula o tubo do drainage, e alli ficava este isoladamente por alguns dias, até que a tunica vaginal mostrasse tendencia á união de suas paredes. Não havia differença aqui do tratamento por meio do sedenho, senão na natureza da substancia empregada. Entretanto o professor Green, de Londres. adoptando o tratamento pelo sedenho, mostrou que para se determinar a inflammação da vaginal não era preciso deixar os fios mais de 24 horas; logo porém vos direi si, apezar disto, ou si quizesseis seguir esse preceito, haveria vantagem no emprego do drainage.

Sabeis, pois, qual era a opinião dos cirurgiões do Rio de Janeiro a respeito desse meio, e o modo de applical-o. Depois da publicação da obra do Sr. Chassaignac foi por alguns praticos empregado o mesmo meio, e houve o cuidado de se applicarem as cataplasmas segundo o methodo da occlusão; mas notou-se a inflammação e

a suppuração da tunica vaginal, o que demorava o curativo, e não impedia que se desenvolvessem accidentes graves. Entretanto o processo não foi de todo abandonado, e mesmo nestes ultimos annos tendes por certo lido muitos annuncios de cura de hydroceles pelo drainage; e, como queria que estudasseis os effeitos desse meio, o empreguei em dous doentes. Devieis então ter notado que não deixei o tubo no interior da vaginal senão por espaço de algumas horas, ou até que o entumecimento do escrôto e a sensibilidade accusada no tumor pelo doente déssem logar a suppor que a irritação inflammatoria alli provocada era sufficiente para determinar a modificação da tunica serosa do testiculo. A observação mostrou bem os perigos a que estava exposto o doente quando se deixava o tubo até apparecer a suppuração da vaginal, e hoje os cirurgiões que empregão o drainage limitão-se a conservar o tubo sómente o tempo necessario para que se manifeste o estado que indiquei, e dispensão por inutil o emprego das cataplasmas.

As *injecções* constituem um methodo de tratamento universalmente empregado pelos cirurgiões modernos. Imaginado por Celso, esse meio curativo dos hydroceles passou desapercebido durante muito tempo, quando Lambert em França e depois Munro na Inglaterra chamárão sobre elle a attenção dos cirurgiões e preconisárão as vantagens que offerecia em relação aos processos conhecidos.

Alguns cirurgiões como Pott e Douglas encontrárão em sua applicação muitos perigos; mas apezar disto muitos outros praticos o adoptárão, e, procurando em diversos liquidos as condições necessarias para tornarem o processo mais efficaz e inoffensivo chegárão assim a generalisal-o.

Na sua pratica Lambert empregava a solução de sublimado ou a agua phagedenica, mas Munro, receiando a acção muito excitante dessa composição, lançàra mão e preconisára o emprego do alcool puro, ou do vinho do Porto. Alguns outros cirurgiões

servirão-se para as injecções da solução de sulphato de zinco, da agua de cal, da agua quente ou fria, e até da mesma serosidade poucas horas depois de sua extracção. Entre nós um dos mais notaveis cirurgiões brazileiros, o Dr. Christovão José dos Santos, deu sempre preferencia á injecção da solução de sulphato de cobre na proporção de 4 grammas desta substancia para 360 grammas d'agua, e os distinctos professores desta escola os Srs. Drs. França e Barão de Maceió servem-se sempre dessa injecção. Na maior parte dos casos tambem a emprégo de preferencia a qualquer outra. Entretanto até 1832 os cirurgiões tanto francezes como inglezes servião-se quasi que exclusivamente das injecções de alcool ou de vinho, simples ou diluidos em metade, ou no terço d'agua ou de cosimento de rosas rubras, quando o professor Martin nos hospitaes de Calcutá, tendo observado os bons effeitos das applicações da tintura de iodo na cura das hydarthroses, resolveu servir-se desse liquido nos hydroceles, e injectal-o na tunica vaginal. Levado pelos mesmos principios, como vagamente o diz em suas *Lições de clinica cirurgica,* o professor Velpeau, muitos annos depois de Martin, de Calcutá, concebeu a idéa de empregar a injecção da tintura alcoolica de iodo na cura do hydrocele, por se dizer que nesta affecção fôra ella empregada topicamente com bom resultado, e desde então elle encontrou vantagens superiores e numerosas á injecção vinosa a que até ao anno de 1839 dera sempre preferencia. Em todo o caso a introducção desse meio para a cura do hydrocele fôra realizada na pratica franceza por esse sabio professor ; e, como a cirurgia em França servia então de guia a outros paizes, não foi preciso muito tempo para que a idéa fosse geralmente aceita, e tivesse em nosso paiz grande acolhimento por todos os cirurgiões.

O tratamento pelas injecções exige sem duvida alguns cuidados, mas elle não é por certo mais difficil do que o tratamento pelos outros methodos.

Os instrumentos exigidos na operação compoem-se apenas de um trocater de pequeno calibre, e de uma seringa de borracha, de marfim ou de metal, que possa conter de 60 a 160 grammas do liquido da injecção. O doente póde ser operado quer deitado, quer assentado, como aqui tendes visto, sobre uma cadeira, de modo que as nadegas fiquem apoiadas sobre a borda desta, e os orgãos sexuaes completamente livres. O cirurgião, assentado ou de pé em face de doente, toma com a mão esquerda o tumor pela parte posterior, de modo a distender as tunicas do testiculo, e a limitar o mais possivel a collecção serosa, e depois de verificar por meio da pressão com o dedo indicador ou pollegar da mão direita o ponto insensivel e mais elastico do kysto, tendo em vista o logar occupado pelo testiculo, sustenta o trocater com essa mão de modo que tenha o cabo apoiado sobre a face palmar, e o dedo indicador na distancia de um centimetro da ponta, mergulha esta em um pouco de oleo de amendoas, ou em qualquer substancia gordurosa, e, elevando-a perpendicularmente á parte anterior do tumor, logo abaixo da linha mediana, (fig. 45) perfura as tunicas, até que, tendo cessado a resistencia, manifesta-se a sensação de que o instrumento se acha na cavidade vaginal. Nesse mesmo instante o cirurgião, que tinha a unha do pollegar direito entre o pavilhão da canula e o perfurador, retira este um pouco para fóra, de modo a occultar a ponta e impedir qualquer lesão do cordão ou do testiculo, ou manda fazêl-o pelo ajudante, e abaixando o cabo do instrumento impelle a extremidade da canula—b para cima e mais profundamente. Depois de retirar o perfurador—a, o que geralmente é executado pelo ajudante, deixa correr toda a serosidade, e, verificando por meio de movimentos semicirculares impressos á canula que esta se acha na cavidade vaginal, prende esta tunica de encontro áquella, perto do ponto perfurado, com os dedos pollegar e medio da mão esquerda, e injecta por meio da seringa applicada convenientemente ao orificio exterior da canula o liquido que tenha escolhido para esse fim.

O professor Martin, que foi o primeiro que servio-se da tintura de iodo, limitava-se nos hydroceles de 200 a 800 grammas de serosidade a injectar apenas 2 grammas daquelle liquido diluido

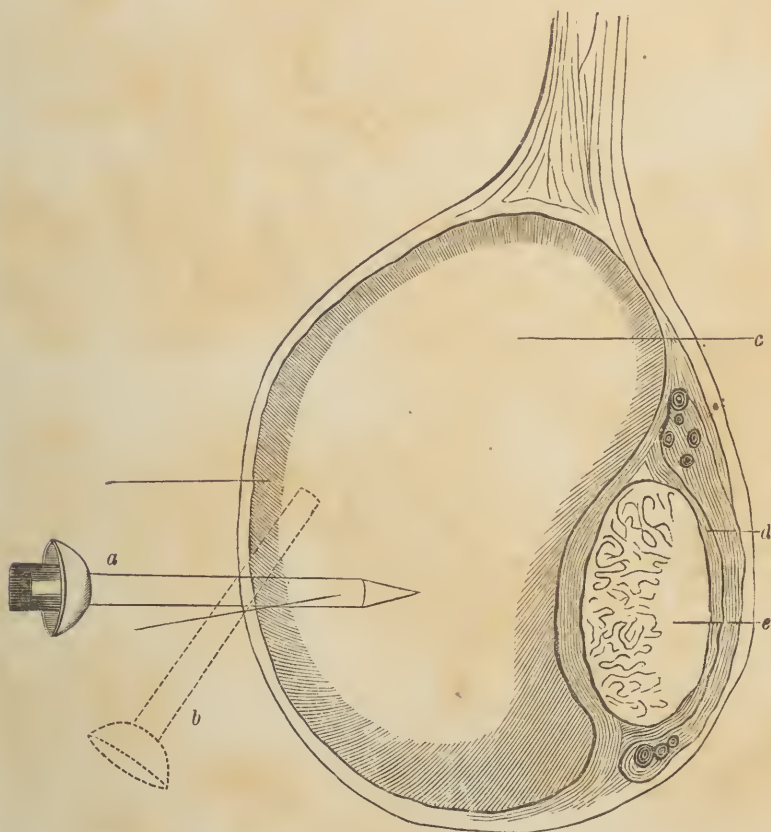



Fig. 45. — Trocater — a — na occasião da puncção; direcção dada á canula — b — depois da puncção; hydrocele representado pela letra — c; epididymo por — d; testiculo por — e.

em 6 grammas d'agua, e, sem que o pipo da seringa deixasse a canula, retirava um e outro instrumento, para que o liquido injectado ficasse retido na cavidade vagínal. Nos hydroceles de 960 a 2000 grammas injectava 16 a 20 grammas de tintura

de iodo, com 50 ou 60 grammas d'agua, o que vem a dar uma parte de tintura para duas de vehiculo.

O professor Velpeau empregava as injecções nas mesmas proporções, com a differença que elle despejava na cavidade vaginal 32 até 120 grammas da solução respectiva, e, comprimindo alternativamente o tumor ou machucando-o, procurava pôr o liquido em contacto com toda a superficie da serosa, e no fim de alguns instantes o deixava correr para o exterior, não em totalidade como se fazia outr'ora com as injecções vinosas, mas de modo que alli ficasse um pouco da solução iodada. Em alguns casos a injecção era feita por esse professor com metade d'agua e metade de tintura de iodo, ou então com este liquido puro, e nem por isto deu-se a menor differença no resultado.

Curling, tendo notado que a composição do liquido nas proporções aconselhadas por Martin era muito fraca ou pouco irritante, injectava 8 ou 12 grammas de tintura iodada constituida de 2 1/2 grãos de iodo, 4 grammas de iodureto de potassio e 32 grammas de alcool, e, depois que o liquido ficava por espaço de 5 minutos na tunica vaginal, deixava-o sahir na maior parte, ficando alli apenas 2 grammas. A seringa por elle aconselhada deve ser de palladio, pois que é o unico metal sobre o qual o iodo não exerce acção.

Entre nós a injecção iodada é composta de duas partes de tintura de iodo e uma d'agua, reunindo-se a ella 4 a 8 grammas de iodureto de potassio. Foi a solução que aqui empreguei no doente do leito n. 15. Em alguns casos tenho feito a injecção com 32 grammas de tintura de iodo pura e concentrada, na qual sómente mando reunir 4 grammas de iodureto de potassio, e deixo na cavidade vaginal uma porção do liquido.

Em todo o caso não ha necessidade de empregar grande quantidade de liquido na injecção de modo a distender demasiadamente a vaginal, porquanto esta póde achar-se adelgaçada em algum ponto, e deixar que a solução se infiltre no tecido cellular subseroso, e seja causa de accidentes graves.

Estas mesmas considerações se applicão aos casos em que tenhais de empregar a solução de sulphato de cobre, com a differença de que não devereis nunca deixar restos desse liquido na cavidade vaginal, pois que a sua acção sobre a serosa parece mais irritante do que a da solução iodada, e sobretudo a absorpção póde deixar de ser innocente.

Em lugar das substancias de que vos tenho fallado até agora, outros meios têm sido propostos para serem applicados sobre a superficie interna da vaginal a fim de provocarem a irritação necessaria para a cura difinitiva do hydrocele. Este methodo não é tão moderno como se tem apregoado. Há mais de vinte annos que na Inglaterra esteve muito em voga esse methodo, e era o precipitado rubro a substancia de que os cirurgiões lançavão mão. Fazião então a puncção do hydrocele, e, depois de darem sahida á serosidade, passavão uma tenta untada em banha sobre o precipitado rubro reduzido a pó finissimo, e a introduzião pela canula, previamente bem enxuta, até á cavidade vaginal, em cuja superficie interna depositavão aquella substancia, e retiravão a canula e tenta.

O Sr. Maisonneuve lembrou-se nesses ultimos tempos de empregar um pedaço de nitrato de prata em lugar do precipitado rubro; e, como talvez tivesse com esse meio encontrado algum inconveniente, procurou levar ao interior da vaginal uma tenta, em cuja ponta fazia fundir o mesmo nitrato de prata, afim de ser passado sobre a superficie interna da serosa, e provocar a inflammação necessaria á cura do hydrocele.

Em 1874 concebi a idéa de tratar o hydrocele por meio de diversas punções do tumor praticadas com agulhas de platina encandecidas pela machina galvano-caustica de Mildderdorpf. Julguei que elevando por meio da diffusão do calor electrico a temperatura do liquido contido na vaginal e provocando uma excitação nesta membrana por meio de agulhas de platina encandecidas pelo galvanismo se daria uma modificação que

terminaria pela cura definitiva do hydrocele. Mandei então fabricar agulhas apropriadas, e appliquei o meu processo a doentes de hydrocele, sendo um desta enfermaria e tres outros de minha clinica particular.

A operação não apresentou a menor difficuldade. Encandecida a agulha puncturava com ella o hydrocele e fazia pelo orificio que d'ali resultára, esguichar a serosidade respectiva, e logo que o orificio se retrahia ou se fechava por modo a não dar mais sahida a liquido algum, procedia incontinente a nova puncção e assim successivamente até que o liquido estivesse todo esgotado, o que conseguia em poucos minutos.

O numero das puncções para esgotar a serosidade de um hydrocele do volume de uma mão fechada não se elevou a mais de seis. Em um caso só pratiquei tres puncções, e a dor experimentada pelos doentes foi nulla.

Em todos se desenvolveu uma ligeira inflammação que se dissipou no fim do terceiro dia, dando-se sempre a união immediata dos orificios de penetração das agulhas, sem que houvesse no dia seguinte o menor vestigio de sua existencia primitiva.

O doente tratado por esse processo aqui no hospítal foi visto pelo professor Jaccoud quando veio visitar-nos, e o resultado immediato não foi desfavoravel, porque quando elle retirou-se da enfermaria no vigesimo dia depois da operação, o hydrocele não se tinha reproduzido.

Nos outros a cura se manteve por algum tempo, mas o hydrocele reproduziu-se.

Faço menção desse processo, para que possaes ter delle o conhecimento necessario, e não deixeis que disvirtuem o seu intuito, dizendo-se o inverso d'aquillo que teve lugar, e asseverando-se que esse meio já fôra aconselhado por outros cirurgiões.

Dos methodos de tratamento de que vos tenho fallado, quaes são aquelles que devem ter a vossa preferencia?

Os methodos que offerecem incontestavelmente maiores vantagens são o da abertura do hydrocele e o das injecções.

O methodo da excisão determina a perda de uma porção de tecido cuja reparação é muito lenta e acompanhada de todos os perigos de uma inflammação suppurativa mais ou menos intensa e extensa. Sob este ponto de vista a sua inferioridade é manifesta, ainda mesmo que sujeitassemos os doentes a um curativo anti-septico bastante rigoroso.

O methodo de tratamento por meio de tentas, sondas e sedenhos, longe de offerecer qualquer vantagem real, deixou ver que elle provocava adhesão parcial na tunica vaginal, e irritação inflammatoria que algumas vezes era insufficiente para determinar a cura dos hydroceles; mas em outros casos era bastante intensa, para se estender ás outras tunicas e dar em resultado a formação de abscessos e de trajectos fistulosos, sobretudo no ponto em que a sonda tinha sido introduzida. São inconvenientes mui sérios, meus senhores, e que collocão o processo do tratamento dos hydroceles pelas tentas na classe dos meios perigosos e tambem muito incertos, porquanto, se tirasseis a vela na occasião em que a inflammação vos *parecesse* sufficiente, poderieis impedir os accidentes, mas correrieis o risco de ver o hydrocele reproduzido no fim de pouco tempo.

O tratamento pelo drainage está no mesmo caso.

Si vos guiasseis unicamente pelos annuncios, não haveria duvida de que não poderies encontrar um meio tão seguro, tão simples e tão pouco doloroso como o do drainage; mas tudo isso é feito para embair a credulidade publica e chamar clientela. A operação pelo sedenho, de que o drainage não é mais do que uma modificação, não é nem simples, nem menos dolorosa, nem mais certa do que o tratamento pelas injecções.

Si o individuo não sente logo com as duas puncções, que se têm de praticar para a passagem do tubo, grande dôr, esta no fim de 2, 3, 4 e 6 horas é tão insupportavel que o doente não póde

conter-se emquanto não se tira o tubo. Notais que a tumefacção do escrôto é manifesta, e que ha o rubor e calor proprios dos processos inflammatorios bem desenvolvidos, e cedendo ao pedido do doente retirais o tubo, e quando no dia seguinte examinais o escrôto não encontrais senão uma ligeira irritação, que se desvanece pouco a pouco, e é logo seguida da reproducção do hydrocele! Foi justamente o que succedeu com o doente do leito n. 25. Affectado de hydrocele duplo, foi operado no dia 4 de Abril, empregando-se no lado direito a puncção seguida da injecção com 96 gram. de tintura de iodo para 34 de agua distillada e 4 gram. de iodureto de potassio, e no lado esquerdo o drainage. No dia 5 foi retirado o tubo, e ambos os lados erão sensiveis á pressão e se achavão com a temperatura elevada e bastante entumecidos. A côr preta do doente não permittia que se apreciassem os effeitos locaes da irritação sobre a superficie cutanea.

Nesse estado as cousas se conservárão por espaço de alguns dias e adquirirão no principio algum incremento, mas depois a irritação cessou pouco a pouco, e no dia 24 do mesmo mez o liquido que havia sido derramado na vaginal consecutivamente á injecção e á retirada do drainage, não apresentava tendencia a ser absorvido, e deu aos tumores o mesmo volume que tinhão antes da operação. A' vista disto resolvi passar um tubo de drainage por cada cavidade vaginal, e nessa occasião o liquido que extrahi era de côr citrina e transparente.

No fim de 9 horas a tumefacção dos tumores era pronunciada, e, como já o doente não podia supportar os tubos, forão estes retirados pelos internos da clinica. No dia seguinte a tumefacção desenvolvida no lado direito, onde já havia feito a injecção iodada, persistia, mas a do lado esquerdo era pouco manifesta e já no dia 30 havia desapparecido, e deixava perceber bem evidentemente a fluctuação. No dia 1 de Maio fiz nesse lado nova puncção, retirei a mesma quantidade de serosidade que da primeira vez, e pratiquei na cavidade vaginal a injecção composta de 500 gram. d'agua

distillada para 4 gram. de sulphato de cobre. A irritação desenvolvida por esse liquido foi bem pronunciada, e o tumor, depois de adquirir um volume notavel, diminuio pouco a pouco, o liquido ahi derramado foi absorvido, e no dia 12 o doente se achava curado. O mesmo resultado foi obtido no tumor do lado direito, no qual havia passado o drainage, porque a inflammação depois da injecção iodada tinha cessado, e o tumor durante muitos dias não apresentava o menor indicio de resolução.

Notareis aqui que no lado em que só appliquei o drainage não obtive resultado algum, e entretanto a tumefacção e a dôr desenvolvidas por esse meio não podião ser maiores. Retirado o tubo, a dôr cessara no fim de pouco tempo, e, quando a tumefacção desapparecera, a collecção serosa tinha se reproduzido.

O primeiro inconveniente offerecido pelo drainage é que não sabeis nunca durante que tempo deveis deixar o tubo na tunica vaginal, e para isto não vos poderá servir de guia nem a tumefacção, nem a dôr experimentada pelos doentes. Tendes um exemplo disto no doente do leito n. 35. Esse individuo foi operado alguns dias depois do doente cuja historia resumida acabei de apresentar-vos. No fim de duas horas elle não podia supportar as dôres, e foi o tubo retirado; a inflammação manifestou-se em gráo muito pronunciado, e, comquanto a cura se tornasse definitiva, todavia entre os dous pontos de passagem do tubo formou-se um trajecto fistuloso, que teve de ser incisado para se restabelecer a cicatrização, ao passo que no outro doente o tubo permaneceu por espaço de 24 horas, e a consequencia foi a reproducção do hydrocele. Essa falta de segurança na acção do drainage não deixa tranquillo o espirito do cirurgião, e constitue outro inconveniente desse processo. Não resultará nenhum perigo nem se manifestará accidente de summa gravidade, si o tubo fôr retirado em tempo conveniente; mas, si elle permanecer, pódem apparecer a inflammação suppurativa da vaginal, e abscessos na vizinhança. Quer isto dizer que existe um meio

infallivel e *innocente* para o tratamento dos hydroceles? De modo algum.

Pelo lado da certeza da cura não ha methodo que se compare com o da incisão da tunica vaginal. Mas essa certeza não será, meus senhores, obtida á custa de accidentes graves e depois de ter o doente corrido os maiores riscos e perigos de vida? A resposta poderia ser dada referindo-vos a historia de oito doentes de hydrocele que em dous annos tenho aqui tratado e curado sem o mais ligeiro accidente por meio da incisão. O methodo da incisão expunha sem duvida alguma a muitos riscos e perigos, mas tudo desappareceo depois que emprégo os curativos pelo systema de Lister.

Ainda na semana passada forão operados dous doentes de hydrocele por meio da incisão, e, como vos fiz ver, os tumores erão em um caso tão volumosos que fizerão o penis desapparecer, e em ambos a tunica vaginal se achava com a sua superficie externa revestida de uma espessa camada de substancia fibrinosa; e bem difficil seria que se podesse alcançar qualquer resultado favoravel por meio das injecções.

Esses doentes se achão em via de cura, sem que se tenha manifestado qualquer processo suppurativo. A inflammação conservou-se moderada, e apenas em um a temperatura elevou-se no terceiro dia a 39 gráos, descendo logo a 37,6. No outro doente a temperatura tem-se conservado em estado normal.

No anno passado foi admittido n'esta enfermaria um individuo de hydrocele duplo, e, como vos disse n'essa occasião, me propuz a operal-o pela incisão, porque, se preferisse o methodo das injecções, teria de praticar a operação de um só lado para depois pratical-a do lado opposto, quando o primeiro estivesse curado, não devendo executar ambas as operações, porque, como a observação tem demonstrado, a cura só se realiza em um dos lados. Esse doente, si fosse muito feliz, teria portanto de ficar aqui na enfermaria por espaço ao menos de dous mezes, e então resolvi

operal-o pela incisão. Fiz a operação em ambos os lados na mesma occasião, e no fim de 21 dias o doente sahia curado dos hydroceles.

O unico inconveniente do methodo das incisões está em que o doente é obrigado a guardar o leito por espaço de 15 dias mais ou menos, e nem todos os individuos querem sujeitar-se a esses encommodos. Mas eu vos repito : esse methodo só é seguro e admissivel si a operação e os curativos forem feitos com todo o rigor dos preceitos de Lister.

O methodo das injecções não é certamente tão seguro ou certo em seus resultados, mas as suas vantagens são incontestaveis, e é á elle que tereis mais vezes de recorrer.

A questão a decidir limita-se só á natureza do liquido que deve ser empregado.

Os cirurgiões que dão preferencia á injecção iodada, dizem que com este meio a dor experimentada pelos doentes é menor do que aquella que provém do emprego das outras injecções, e que a cura é mais segura e se manifesta sem ser precedida de reacção geral, como acontecia com a injecção vinosa. Em 1.362 casos em que o professor Martin empregou a tintura de iodo, a cura se realisou na proporção de 99 por 100. O Dr. Catta-Preta assevera por sua parte que, em algumas centenas de casos em que tem empregado esse meio, ainda não observou um só insucesso. Outros cirurgiões brazileiros não tem sido tão felizes. Não ha mais de seis mezes que tratei de um hydrocele por meio da tintura de iodo, na proporção de 64 grammas desta substancia para 32 grammas d'agua distillada. A dôr que o individuo sentio foi consideravel, e acompanhada de lipothimias e vomitos. Tudo fazia suppor que a inflammação fosse intensa, mas o resultado foi que esta não appareceu, e o hydrocele reproduzio-se. Tive outro caso em um preto, no qual só obtive a cura depois da segunda operação. Desde então tenho me servido da injecção da solução de suphato de cobre, na proporção indicada pelo Dr. Christovão, e não observei ainda um só

caso em que ella me falhasse. Nos doentes em que aqui empreguei essa injecção, a cura, como vistes, não se fez esperar. Em relação á dor, esta é algumas vezes tão pronunciada com as injecções iodadas, como com as injecções da solução de sulphato de cobre. Tudo isso depende do temperamento do individuo e do terror que lhe inspira a operação. Não creio que a dor seja tão insignificante, como dizem os partidarios das injecções iodadas, pois que, si assim fosse, estas, que são aqui tão empregadas, não farião com que os doentes de hydrocele procurassem ser algumas vezes curados pelo drainage, por terem ouvido dizer por outros tratados por aquelle meio, que a dor era intoleravel.

Na opinião do professor Velpeau, quando a solução iodada se desvia da tunica vaginal, não produz tantas desordens como as injecções vinosas. Ainda não assisti a accidente de tal ordem produzido por esta ultima substancia; mas já observei no doente de que fallei ha pouco a introducção da tintura de iodo no tecido subseroso do escrôto. Como o liquido se tivesse accumulado em uma especie de bolsa, e eu o sentisse bem pela fluctuação, retirei a canula da tunica vaginal, armei de novo o trocater, fiz a perfuração da bolsa, e extrahi a solução iodada que alli se achava, sem que ulteriormente se manifestasse o menor accidente. Seria um exemplo para provar a inocuidade da tintura de iodo; mas deveis lembrar-vos que o liquido não se tinha disseminado pelo tecido cellular, pois que em alguns casos de meu conhecimento, em que esse accidente tem-se manifestado, a gangrena de parte do escrôto ha sido a consequencia. Com a solução do sulphato de cobre o mesmo accidente póde apparecer, e a conclusão que commigo deveis tirar é que o cirurgião nunca deverá desprezar qualquer cuidado que possa obviar o mais deploravel dos accidentes sobrevindos á operação do hydrocele.

Ha casos entretanto em que a injecção iodada deve ser empregada de preferencia a quaesquer outras, taes são aquelles em que houver engorgitamento chronico do testiculo ou do epididymo, e

a tunica vaginal não apresentar-se espessa, ou bastante modificada em sua estructura. Está hoje provado pelas investigações de Hutin que, para se dar a cura radical do hydrocele, não é preciso que a superficie interna da vaginal torne-se adherente, e a cavidade respectiva desappareça.

Esse resultado havia sido suspeitado, e mesmo confirmado pelos professores Asthley Cooper, Velpeau e Curling; mas sobre esse ponto não ha hoje a mais ligeira duvida no espirito dos praticos que sabem entregar-se ao estudo das questões cirurgicas; e pois, ainda que seja muito difficil a cura radical do hydrocele quando a vaginal se acha espessa, todavia a tintura de iodo não parece ainda assim modificar esse estado, e obstar a que se dê a reproducção da serosidade. A injecção da solução de sulphato de cobre desperta a inflammação conveniente quando a tunica se acha nas condicções normaes, mas ainda que esteja espessa, a sua acção não parece esgotar-se, nem o liquido vem a reproduzir-se com mais facilidade. Entendo, meus senhores, que o melhor tratamento do engorgitamento do testiculo está na cura do hydrocele; mas sem duvida alguma a tintura de iodo tem acção sobre esse estado, e pode quando empregada em injecção favorecer a sua resolução. E' uma questão a estudar; porque a este respeito o que se tem dito não passa dos dominios da supposição.

Sob a influencia de qualquer dos liquidos injectados, apparece ou manifesta-se dôr mais ou menos intensa, segundo a idiosyncrasia do individuo. Em geral avalia-se a irritação e a inflammação que têm de desenvolver-se pelo gráo de sensibilidade que na occasião da injecção é accusada pelo doente; mas a minha observação tem mostrado que a inflammação consecutiva não está em relação com a dôr que aquelle experimenta. Em alguns doentes a dôr é intensa, e prolonga-se pelo cordão espermatico ás regiões hypogastrica e lombar, e entretanto a inflammação consecutiva é mui pouco desenvolvida. Outros, pelo contrario, não sentem dôres na occasião da injecção, e aquella é em gráo

sufficiente para determinar a cura do hydrocele. Não vos guieis pois pelos symptomas que o individuo apresenta na occasião da injecção, mas esperai sempre pelo resultado. Na maior somma dos casos ou em sua generalidade observareis no fim de 24 horas que o tumor tem-se em parte reproduzido, então a pelle do escrôto apresenta-se avermelhada, e ligeiramente edemaciada, ou infiltrada, toda a região é sensivel á apalpação, e por esta reconhecereis que ha na cavidade da vaginal uma substancia semi-fluida ou um liquido espesso, pois que não percebereis a vibração e nem essa fluctuação clara e superficial das collecções serosas: a sensação que vos dará nesses casos o tumor é semelhante á que obterieis se comprimisseis uma porção de algodão contido em um sacco. E' especialissima essa sensação, e quando a encontro affianço ao meu doente que elle ha de ficar radicalmente curado. Até agora não tive a este respeito a mais leve decepção, e porque dou grande valor a esse signal é que tenho feito com que o aprecieis nos casos em que o tenho aqui encontrado.

Em algumas circumstancias o tumor não se reproduz no fim de 24 horas, nem em tempo algum. Só encontrareis o rubor no escrôto operado, com alguma infiltração serosa no tecido cellular subcutaneo ou na pelle, sem o menor indicio de liquido na tunica vaginal; esta, os testiculos e o cordão apresentão-se entretanto sensiveis á pressão, e ligeiramente entumecidos, mas no fim de 6 a 15 dias esses phenomenos desvanecem-se pouco a pouco, e a cura torna-se definitiva.

Não deixareis de notar que em alguns casos não se percebe no fim de 24 horas o menor traço de inflammação, mas não vos apresseis em duvidar do resultado da injecção, pois que aquella se manifestará no segundo ou terceiro dia, e o liquido que tem-se reproduzido é rapidamente absorvido. Tenho tido occasião de observar estes phenomenos sobretudo depois da injecção da solução do sulphato de cobre, e não devo deixal-os occultos á vossa observação.

Quando tem-se formado rapidamente a collecção serosa, e a inflammação torna-se tardia, o resultado é mais duvidoso, e nutro sempre grande receio de que a cura não se estabeleça.

Tivestes um exemplo deste genero no doente do leito n. 12, que para aqui entrou com um enorme hydrocele do lado esquerdo. Este foi operado pela puncção e injecção da solução cuprica; mas, como o liquido se reproduzisse logo e a inflammação só se revelasse no terceiro dia, evacuei o liquido por meio de uma nova puncção, e não foi preciso nova injecção para que o individuo ficasse radicalmente curado do hydrocele.

Em todo o caso, antes de julgar que foi negativo o resultado colhido com as injecções, é preciso deixar passar algum tempo, por quanto já tenho observado casos em que a absorpção do liquido de retôrno só se effectúa lentamente, ou se completa no fim de 2 e 3 mezes.

Na clinica particular o conhecimento d'esta circumstancia é de uma importancia extrema, por que os doentes se sentirião contrariados por verem o hydrocele reproduzido, sem que lhes affagasse a esperança de que a cura poderia ser tardia mas certa.

Si os doentes entretanto exigirem o emprego de meios que apressem ou facilitem a cura, podereis propor a extracção do liquido por meio da puncção simples, e só quando tiver passado muito tempo, sem tendencia para a absorpção do hydrocele, é que tereis razão para recorrer a uma nova operação seguida da injecção.

Raras vezes a inflammação que se desenvolve consecutivamente á injecção attinge um gráo elevado, para dar em resultado um tumor bastante desenvolvido, com rubor intenso, reacção febril, cephalalgia e anorexia; mas quando isto tiver lugar, procurai combater esses phenomenos apenas com o repouso do doente, e emprego das bebidas diluentes, dos banhos locaes e das fomentações emollientes; e, logo que a intensidade inflammatoria

tiver cedido, abandonai o uso destes ultimos meios afim de que a inflammação não cesse completamente e o liquido derramado não seja absorvido. Não ha em regra geral necessidade de fazer applicações de sanguesugas á raiz do tumor, a menos que a inflammação seja demasiadamente intensa, e haja o receio fundado de que ella venha terminar pela suppuração. Logo que pelos symptomas locaes e geraes possais desconfiar de que existe pús na cavidade vaginal, é preciso dar-lhe sahida por meio da incisão do tumor, que então será curado como outro qualquer abscesso. Mas, como já disse, este resultado quasi nunca se menifesta sob a influencia das injecções quer cupricas, quer iodadas: ha antes falta do que excesso de inflammação, e para um e outro caso conheceis os recursos de que o cirurgião póde dispôr.

Não são unicamente a falta, ausencia, ou éxcesso de inflammação os unicos inconvenientes observados no tratamento dos hydroceles pelas injecções: ha casos em que a morte tem sido a consequencia da operação pelo desenvolvimento do tetanos traumatico, como succedeu ha pouco tempo a um respeitavel negociante desta cidade. Este accidente não depõe cousa alguma nem contra o operador nem contra a injecção, pois que póde manifestar-se nos casos em que a operação tenha sido executada com toda a perfeição. Ha porém alguns accidentés que podem manifestar-se na occasião da operação ou por qualquer circumstancia imprevista, ou por descuido ou falta de pericia do cirurgião.

Deste modo quando este não tem o cuidado (fig. 46) de penetrar com o trocater perpendicularmente ás tunicas escrôtaes, o instrumento em lugar de ir ter á cavidade vaginal, apenas perfura esta tunica, e resvalla logo por entre as outras membranas, de modo que, retirado o perfurador, sahe um pouco de serosidade, o que, fazendo crêr que o hydrocele é inkystado, levará o cirurgião a praticar uma injecção, cujo liquido se infiltrará no tecido cellular, e despertará em poucas horas uma inflammação intensa, que

venha terminar pela gangrena de parte ou da totalidade do escrôto, e mesmo da pelle que cobre o penis. Outras vezes tem-se o cuidado de levar o trocater perpendicularmente ás tunicas testiculares; mas a vaginal, que se acha bastante espessa e resistente, deixa-se apenas perfurar, e logo se descolla das outras membranas em uma extensão mais ou menos consideravel, de modo que a ponta do instrumento parece achar-se em uma cavidade, e,

Fig. 46. — Hydrocele da vaginal direita em que a puncção sendo feita obliquamente dá logar a que o trocater passe entre as tunicas do testiculo.

como sahe algum liquido, o cirurgião faz a injecção, e esta dá em resultado os phenomenos que indiquei.

Em alguns casos, apezar de se ter penetrado perfeitamente bem na cavidade vaginal, esta tunica, depois de esgotada a serosidade, póde retrahir-se por fórma tal que a canula venha a escapar-se do logar em que se achava, e, si o cirurgião não tem o cuidado de verificar por meio de movimentos de lateralidade

se ella ainda alli persiste, comprehendeis as deploraveis consequencias resultantes nessas circumstancias das injecções.

E' necessario portanto que o cirurgião leve o trocater perpendicularmente ás tunicas do escrôto, até que tenha alcançado a sensação de que elle se acha na cavidade vaginal, e em segundo logar que o perfurador esteja bem afiado, limpo, e perfeitamente ajustado á canula, de modo que esta, quando o instrumento penetrar, não esbarre na tunica vaginal e a descolle das outras membranas. Comprehendeis que, si acaso a canula não se adaptar ou unir-se perfeitamente ao perfurador, pelo menos em sua extremidade interna, ou tiver maior diametro do que este, levará adiante de si a tunica vaginal, ou a membrana que offerecer maior resistencia, e o instrumento se achará profundamente mergulhado, sem ter entretanto atravessado a vaginal. Quando o hydrocele fôr constituido por grande porção de serosidade, e a tunica que a encerra se tiver apenas descollado, ou der mesmo sahida a algum liquido, mas que não se ache em proporção com o volume do tumor, podereis dar pelo accidente, e retirar o instrumento para praticar nova punção; mas quando a collecção serosa fôr diminuta, e a abertura da tunica achar-se em relação com a da canula, poderá sahir alguma serosidade, e si, na supposição de que alli não existe mais nenhuma, fôr feita a injecção, o liquido se desviará do logar a que é destinado, e se infiltrará no tecido cellular.

São estas as causas mais frequentes dos desvios das injecções nos hydroceles, e, como póde pela mesma fórma succeder que a canula, depois de achar-se na vaginal, seja d'ahi repellida pela retracção desta membrana, convirá que o cirurgião em todos os casos verifique si ella alli permanece, e que seja sempre elle quem pratique a injecção, e não o seu ajudante, como tenho visto, pois que melhor do que outra pessôa, poderá apreciar a resistencia que lhe offerece a penetração do liquido, e empregar gradualmente e sem força exagerada a injecção.

Conheceis pois os cuidados que o cirurgião deverá ter para obstar a que o liquido da injecção seja levado ao tecido cellular que une as diversas tunicas do tumor entre si ; mas é preciso tambem que elle nunca se esqueça de fazer a puncção, senão no ponto em que a fluctuação fôr manifesta e a transparencia evidente, ou *pouco abaixo* da parte média do tumor, e não penetre com o trocater á grande profundidade, ou deixe de retirar o perfurador, logo que tem adquirido a sensação caracteristica de que o instrumento penetrou na vaginal, afim de que nestas diversas circumstancias não corra o risco de ferir o testiculo ou qualquer outro orgão da região.

Este accidente póde ser o ponto de partida de uma orchite violenta ou de substituição ulterior do hydrocele por um hematocele, mas entretanto elle não offerece na maior parte dos casos a gravidade da penetração do liquido das injecções no tecido cellular do escrôto. E' preciso neste caso que se fação sem demora algumas incisões ao longo do tumor, em profundidade conveniente para dar sahida ao liquido e diminuir ou circumscrever a inflammação consecutiva e a mortificação que possa apparecer, a menos que o liquido se tenha accumulado em uma bolsa d'onde pela puncção seja extrahida em totalidade, como já vos mostrei por um exemplo tirado de minha pratica. De tudo o que tenho dito até aqui resulta que, se com effeito o tratamento dos hydroceles pelas injecções constitue um dos melhores methodos de tratamento dos hydroceles, elle é entretanto susceptivel de produzir diversos accidentes, e não offerece, como se dá com o methodo das incisões, tal segurança que deixe o cirurgião tranquillo e certo do resultado.

Quanto ao processo de Maisonneuve, não posso apreciar em rigor as suas vantagens, porque ainda não o empreguei em caso algum ; mas o Dr. Alfredo Guimarães que foi o primeiro entre nós a introduzil-o na pratica, o julga muito proficuo, e de resultado tão certo como o tratamento pelas injecções. Si assim fôr,

o methodo em questão terá a vantagem de livrar os doentes de qualquer accidente resultante da infiltração de liquido no tecido cellular de escrôto; mas receio que a modificação do velho methodo inglez não caia em completo esquecimento pela sua inferioridade, ou resultados duvidosos. Estudai-a entretanto sem preconceito algum, e expendei com veracidade o que a vossa observação vos fizer conhecer para o futuro.

QUINQUAGESIMA OITAVA LIÇÃO

DO HEMATOCELE VAGINAL

SUMMARIO:—Frequencia comparativa entre os hematoceles e hydroceles.—Historia de um doente de hematocele.—Caracteres distinctivos da affecção.—Molestias com as quaes se póde confundir o hematocele vaginal.—Condições particulares da formação do hematocele.—Conversão do hydrocele em hematocele.—Casos observados em 1876 na enfermaria e fóra do hospital.—Phenomenos caracteristicos, e physiologia pathologica da affecção.—Theorias a esse respeito.—Explicação dada pelo professor Gossolin.—Alterações pathologicas.—Estado da tunica vaginal.—Hematoceles sem espessamento e com espessamento da vaginal.—A falta de espessamento dá logar a confundir-se o hematocele com o hydrocele quando não se possa descobrir a transparencia.—A puncção para o diagnostico deve ser banida.—Gravidade do hematocele.—Tratamento.—Meios propostos.—As indicações se firmão nas condições em que se acha a tunica vaginal.—A castração é meio excepcional.—A puncção seguida de injecção iodada não convém.—Curling confundiu o hematocele primitivo com o hematocele consecutivo.—Perigos da puncção.—Casos observados na clinica e outros referidos pelo professor Gosselin.—Causas dos perigos da puncção.—Tratamento proposto pelo professor Valette.—Modo de applicação.—Tratamento pela incisão.—Accidentes a que expõe.—Methodo da decorticação.—A preferencia entre esses dous ultimos methodos deve-se firmar no estado da vaginal.—Modo de executar a incisão e a decorticação.—Modificacão do processo do professor Gosselin.—Facilidade e segurança na execução.—Resultado favoravel do caso.

MEUS SENHORES,

Não são tão frequentes entre nós os casos de hematocele como os de hydrocele, e talvez não esteja longe de exprimir uma proposição verdadeira dizendo que a primeira affecção está para a segunda como um para vinte, o que quer dizer que talvez em vinte doentes de hydrocele, apenas se encontre um de hematocele. E' assim que se passa um anno lectivo sem que vos possa mostrar um só doente de hematocele, ao passo que é raro que decorra o mesmo periodo de tempo sem sujeitar a vosso estudo oito a dez doentes de hydrocele.

Entrou hontem (18 de Agosto de 1879) um individuo de nome Manoel Alves Lobo, de 18 annos de edade, branco, portuguez e jardineiro de profissão, que apresenta um hematocele do lado direito do escrôto.

Quero chamar a vossa attenção sobre os caracteres d'essa affecção, e para os meios de que em taes casos se póde lançar mão para cural-a.

Como podeis notar, não ha entre o tumor d'este doente e um hydrocele differença apparente. Trata-se com effeito de um tumor que representa o volume de uma grande pêra. A extremidade mais delgada se acha voltada para cima e termina junto ao annel externo; a pelle se acha ligeiramente rubra, de modo a indicar que a tunica escrôtal é a séde de um trabalho mais irritativo do que inflammatorio.

Quanto aos commemorativos, o doente diz que esse lado do escrôto sem causa apreciavel começou ha tempos a augmentar de volume sem lhe provocar mais do que um ligeiro pêso, mas que n'estes ultimos 18 dias houve um crescimento muito grande acompanhado de rubor e de alguma dôr.

Mas qual a razão porque estabeleço o diagnostico de um hematocele? E' pela existencia e verificação dos symptomas seguintes: o tumor é sensivel á pressão e causa certa sensação dolorosa e de pêso ao doente; ao passo que o hydrocele é insensivel á pressão e só o doente accusa dôr em um ponto que corresponde sempre ao testiculo. O tumor é molle, tenso e elastico, mas a tensão parece mais forte e a elasticidade não é tão pronunciada como nos casos de hydrocele, e além de tudo não se alcança pela percussão a sensação de vibração das collecções serosas, nem o tumor é transparente.

Dôr, sensação de pêso, falta de transparencia e crescimento brusco do tumor, taes são os signaes pelos quaes me guiei para estabelecer positivamente o diagnostico de um hematocele, de preferencia a um hydrocele.

Não preciso dizer-vos que não se trata aqui de uma hernia inguino-escrotal, porque o tumor termina no annel externo, não deixa perceber o testiculo que na hernia forma uma parte distincta do tumor, e não apresenta som claro á percussão nem reductibilidade á pressão.

Tambem se poderia, além do hydrocele, pensar em uma orchite, orcho-epididymite ou em uma vaginalite, mas se fosse uma orchite ou orcho-epididymite, o tumor seria duro, ao menos em certos pontos, e não daria signaes de ondulação, e por fim haveria mais dôr e menos uniformidade no tumor.

Não pode ser uma vaginalite exsudativa serosa por que não ha transparencia; será uma vaginalite, mas acompanhada de derramamento de sangue na vaginal, e é á essa affecção que justamente se dá o nome de hematocele.

O doente não accusa circumstancia alguma que possa lançar qualquer luz sobre a causa de sua affecção. Elle começou a sentir o lado direito do escrôto augmentar de volume, tomando de um momento para outro um crescimento exagerado.

Na generalidade dos casos o hematocele se manifesta sob a influencia de um traumatismo, cuja acção se exerce lentamente, como aquella determinada pelo attrito da sella sobre o escrôto dos individuos que andão a cavallo, ou então ella se faz logo sentir de um modo brusco ou violento.

Em algumas circumstancias a força que gera a acção traumatica é intrinseca, e depende ou está ligada á uma violencia que soffre a vaginal em virtude de uma distensão brusca produzida por um derramamento instantaneo de maior quantidade de liquido seroso em sua cavidade.

Parece ser o caso deste doente. Elle sentio o lado direito do escrôto augmentar successivamente de volume, quando de repente esse crescimento tomou grandes porporções: assim é provavel que a principio o augmento de volume fosse devido a um hydrocele que de um momento para outro se convertesse em hematocele.

Observareis algumas vezes o mesmo phenomeno sob a influencia das puncções repetidas de um hydrocele, ou depois do emprego das injecções iodadas ou cupricas.

Em 4 de Agosto de 1876 entrou para esta enfermaria um doente de nome Manoel Marques, branco, portuguez, solteiro, de 30 annos de edade e pedreiro de profissão, para se tratar de um hydrocele da tunica vaginal esquerda. Foi operado no dia seguinte, empregando-se a injecção iodada segundo a formula ordinaria, na qual entrão duas partes de tintura de iodo para uma d'agua distillada, e alguns centigrammas de iodureto de potassio.

O trabalho inflammatorio que se seguio apresentava a sua marcha ordinaria, e o liquido de retorno ainda não se tinha absorvido, quando o doente instou no 11 daquelle mez por sua alta e retirou-se do hospital.

No dia 26 de Setembro elle voltou de novo para esta enfermaria, e pelo exame a que procedi não tive difficuldade em verificar que o seu tumor apresentava os caracteres de um hematocele.

No dia seguinte pratiquei uma puncção, e pela canula do trocater sahio um liquido negro e cheio de grumos. Pratiquei em seguida sob a influencia das pulverisações phenicadas a incisão da tunica vaginal e procedi ao curativo segundo o methodo de Lister.

Não houve d'ahi em diante nenhuma novidade, e no dia 24 de Outubro esse individuo tinha a sua alta completamente restabelecido.

Tive ha pouco tempo occasião de praticar em uma pessoa da nossa alta sociedade a operação reclamada por um vasto hematocele suppurado do lado direito, sobrevindo consecutivamente a um hydrocele que fôra tratado a principio pela injecção iodada, e finalmente por meio de repetidas puncções.

O cirurgião que prestava cuidados a esse doente reconheceu o hematocele na occasião em que, procedendo a uma das puncções, sahio pela canula um liquido escuro ou de aspecto sanguinolento. Como o doente estivesse a partir para uma das provincias do norte

para onde havia sido nomeado presidente, não foi possivel fazer logo a operação conveniente, e, como era de prever, declarou-se um trabalho inflammatorio que foi combatido pelos emollientes, mas no fim de alguns mezes vindo a manifestar-se novos insultos inflammatorios que terminárão pela suppuração, fui convidado para encarregar-me do tratamento. Procedi sem demora á incisão do tumor e á operação necessaria, e no espaço de um mez o doente ficou restabelecido.

Qualquer que seja a causa sob cuja influencia se manifeste o hematocele, este se caracterisa pela accumulação na tunica vaginal de uma quantidade mais ou menos consideravel de sangue.

O processo em virtude do qual tem logar esse derramamento sanguineo foi nestes ultimos tempos perfeitamente indicado pelo professor Gosselin. Outr'ora se acreditava que debaixo da influencia do traumatismo da vaginal, se dava uma irritação que terminava pela exhalação gradual de uma certa porção de sangue que se depositava na cavidade da serosa testicular. Uma parte desse sangue passava ulteriormente por um processo de organisação, do qual resultava a formação successiva de diversas membranas que ião revestindo a face interna da tunica vaginal, permanecendo a outra parte em estado liquido misturada com detritos fibrinosos. Este processo era perfeitamente identico ao que tinha logar no interior dos saccos aneurismaticos para a constituição dos coalhos fibrinosos.

Essa theoria, meus senhores, como podeis comprehender, não podia ser admittida, por quanto o derramamento era constituido por verdadeiro sangue, e este não encontrava orgãos dispostos para a sua exhalação ou passagem em natureza atravez das paredes dos vasos que o continhão; e pois, como muito bem demonstrou o professor Gosselin, as causas traumaticas de que vos fallei provocão uma irritação seguida de uma vaginalite que chamarei pseudo-membranosa, em virtude da qual se estabelece uma proliferação cellular acompanhada da formação de uma rede

muito tenue de capillares sobre toda a superficie interna da serosa. Esses vasos, cujas paredes são excessivamente delgadas e apenas amparadas por um tecido conjunctivo bastante tenue, rompem-se ao impulso do sangue que para elles é prejectado ou sob a influencia de qualquer violencia, em um ou maís pontos dando logar á effusão de uma certa quantidade de sangue na cavidade vaginal. O sangue obrando como corpo estranho entretem o trabalho inflammatorio que continúa em sua evolução, produzindo as infiltrações plasticas, a proliferação cellular e o desenvolvimento de novos vasos, cujas rupturas se podem repetir por diversas vezes.

Todos estes phenomenos, como bem podeis comprehender, trazem como consequencia a formação de um tumor, cujo volume é susceptivel de attingir a grandes proporções.

No doente que aqui se acha, o tumor tem o volume de um ovo de avestruz, mas já encontrei hematoceles de volume mais consideravel.

Seja como fôr, quando se pratica a incisão de um hematocele, encontra-se a cavidade vaginal repleta de sangue escuro em parte coagulado, em parte ainda em estado liquido. Algumas vezes todo o sangue se apresenta fluido e rutilante como si ha pouco tempo tivesse sido extrahido dos vasos; outras vezes offerece aspecto granuloso, ou a côr da borra do vinho. As modificações mais notaveis, se accentuão na vaginal. Esta membrana que, como todas as serosas, é, no estado normal, lisa, delgada, de côr opalina e lusidía, apresenta-se, nos hematoceles recentes, com uma côr avermelhada e revestida em sua totalidade de uma rede vascular muito delgada, e de uma substancia molle e muito tenue que offerece o aspecto de uma massa fibrinosa. O menor attrito sobre essa superficie da serosa é bastante para provocar por myriades de pontos a extravasação de sangue gôtta a gôtta as quaes se reunem e correm em esteira, prolongando-se por tempo infinito.

A vaginal conserva em taes casos pouca differença em sua espessura normal, mas em outros casos se apresenta completamente alterada e sob a fórma de uma membrana elastica e resistente, de aspecto cartilaginoso, e com paredes de 10 a 20 millimetros de espessura. A sua superficie é aspera, rugosa e coberta de uma substancia molle e de côr escura, como a do sangue que alli se acha contido.

Não se encontrão camadas stratificadas de tecido como nos saccos aneurismaticos: a vaginal é uniformemente transformada em uma membrana com os caracteres que vos assignalei.

Sob o ponto de vista pratico, o que não se deve nunca esquecer, meus senhores, é que ha hematoceles sem espessamento da tunica vaginal, e outros em que esse espessamento póde apresentar proporções extraordinarias e ser de tal ordem que a serosa testicular se apresente transformada em um tecido denso, resistente, cartilaginoso, com placas verdadeiramente osseas. E' quando o hematocele não é acompanhado de espessamento da tunica vaginal, que elle mais vezes póde ser confundido com o hydrocele. A confusão não seria possivel se o hydrocele fosse sempre transparente, mas, como sabeis, ha casos em que o derramamento vaginal é constituido por serosidade, e entretanto já pela côr negra do escrôto, já pelo espessamento da vaginal, não se póde observar a transparencia do tumor.

Desde o instante em que pelos caracteres da affecção reconhecerdes que não se póde tratar senão de uma collecção liquida na cavidade vaginal, em que haja espessamento d'esta membrana serosa, devereis estar prevenidos da possibilidade da existencia de um hematocele, tanto mais quanto houver chegado ao vosso conhecimento que a affecção começou a desenvolver-se ou a manifestar-se sob a influencia de uma causa traumatica, e foi sempre acompanhada de dores surdas e de algum pêso ou tensão do tumor, phenomenos estes que não se dão senão, como excepção, nos hydroceles simples, ou sem complicação de qualquer ordem.

Quando o hematocele é acompanhado de espessamento da tunica vaginal, o distinguireis do hydrocele, e reconhecereis esse phenomeno pela maior dureza e elasticidade do tumor, e pela dôr surda e profunda que o doente não deixa de accusar.

Quer em um, quer em outro caso, não tratareis nunca de completar o diagnostico por meio da puncção, a menos que tenhaes á mão todos os meios para executar immediatamente a operação do hematocele. Esta affecção, como não ignoraes, é muito séria. A sua tendencia é para um desenvolvimento progressivo que por fim termina pela inflammação suppurativa da vaginal, e cujas consequencias podem se traduzir por uma septicemia aguda bastante grave. Além de tudo isto, o trabalho hyperplasico que se tem apoderado da tunica vaginal acarreta a compressão mais ou menos energica do testiculo, e este orgão no fim de algum tempo apresenta-se completamente atrophiado e reduzido a uma placa ou nucleo achatado que se confunde com a propria tunica vaginal.

Não sahirei dos limites da observação geral sem deixar em vosso espirito gravada a convicção de que o hematocele é uma affecção grave, ainda mais por que a operação que elle reclama póde ter as mais funestas consequencias.

Os cirurgiões de todos os tempos se preoccupárão sempre dos meios de tratamento do hematocele. Alguns erão de opinião que só se encontrava recurso verdadeiramente efficaz na castração; outros propuzerão a puncção simples ou seguida da incisão, ou então a incisão acompanhada da decorticação da vaginal.

Na escôlha do meio a empregar deveis sempre dirigir-vos pelas condições em que se possa achar a tunica vaginal.

Si Felippe Boyer e Denonvillliers erão de parecer que a castração constituia o melhor methodo de tratamento do hematocele, sem duvida se firmavão nas alterações profundas em que suppunhão acharem-se os testiculos sob a influencia d'essa affecção.

O meu illustrado antecessor propoz tambem a castração de preferencia a outro qualquer meio sob o fundamento de que essa operação era menos grave e não expunha os doentes ao tetanos como a incisão simples ou acompanhada da decorticação da vaginal.

Poucas vezes o hematocele chega ao ponto de trazer a destruição do testiculo, e não sei se a decorticação expõe ao tetanos como se pretendeu; em todo o caso, como muito bem disse o professor Gosselin, não se deve privar o doente de um orgão como o testiculo, e é conveniente que aquelle fique com a satisfação de crer que elle nada perdeu de sua força viril.

A castração pois, meus senhores, será um meio a que muito excepcionalmente tereis de recorrer, e assim só devereis estabelecer a escolha entre a puncção e incisão, e a decorticação.

Qualquer que sejão as condições em que possa achar-se a tunica vaginal, a puncção simples ou seguida da injeccão de liquidos irritantes, como a tintura de iodo, etc., é uma operação a que nunca o cirurgião deverá recorrer no hematocele.

Curling aconselha entretanto a puncção, e alguns collegas me tem referido casos de hematocele curados pelo mesmo meio seguido ainda da injecção iodada. Em apoio de suas idéas, Curling refere a observação de dous casos de hematocele *traumatico* curados pela puncção simples em 17 dias, mas devo notar que Curling confundia em muitos casos o hematocele com o derramamento sanguineo subcutaneo do escrôto ou da tunica vaginal, sobrevindo sob a acção de uma lesão traumatica intensa; e com effeito em seus doentes curados pela puncção, o derramamento tinha sobrevindo depois de uma lancetada que em si dera um delles para extrahir o liquido de um hydrocele de que soffria, recebendo logo depois sobre o tumor um coice de cavallo; e não admira que em taes circumstancias a puncção fosse proveitosa e de toda a conveniencia. Nos hematoceles espontaneos ou secundarios, isto é, que sobrevêm pelo mecanismo que vos

indiquei, a minha observação e a dos outros praticos não confirmão a inocuidade e muito menos as vantagens da puncção quer simples quer acompanhada das injecções iodadas.

Já vos referi o caso do doente de hematocele consecutivo a um hydrocele em que sob a influencia de uma puncção declarára-se uma vaginalite suppurada seguida de uma septicemia grave que fez correr ao mesmo doente os maiores perigos ; e em 1 de Maio de 1876 entrou para esta enfermaria um individuo de côr preta, de 35 annos de edade, solteiro e cozinheiro de profissão, o qual, soffrendo de um hematocele da tunica vaginal direita, fôra examinado por um medico que suppondo tratar-se de um hydrocele praticára a puncção, vindo, só depois d'esta, a reconhecer a verdadeira natureza da molestia.

Sobrevindo no fim de 24 horas uma inflammação bastante intensa, foi então o doente conduzido para este hospital onde viera occupar o leito n. 4 da enfermaria de clinica.

No lado direito do escrôto, o tumor grosso como um ovo de avestruz apresentava-se tenso, elastico e muito sensivel á pressão ; a pelle se achava lusidía e ligeiramente infiltrada ; a lingua estava saburrosa ; havia anorexia e sede. O pulso chegára a 126, e a temperatura a 39,8.

Prescrevi logo as fomentações com a pomada de belladona e o unguento napolitano sobre o tumor, e o uso de uma poção diaphoretica e nitrada.

No dia seguinte o estado do doente era muito grave. A temperatura elevava-se a 40,2, e o pulso a 140. O tumor se achava muito tenso, sensivel e com uma grossa bôlha phlyctenoide que depois de rôta deu sahida a uma serosidade sanguinolenta. A pelle correspondente se achava fria, com todos os caracteres de uma placa gangrenosa.

O doente teve vomitos por diversas vezes.

Incisei largamente o tumor e encontrei a tunica vaginal bastante espessada e cheia de sangue em parte coagulado e em parte

fluido e negro como borra de vinho. Retirei os coalhos por meio de injecções phenicadas repetidas, installei um tubo de drainage, curei a ferida com algodão phenicado, e prescrevi o uso da magnesia fluida com a tintura de noz-vomica.

No terceiro dia o estado do doente não melhorára ; a gangrena invadira toda a tunica escrôtal, e do tumor transudava um liquido sanguinolento nimiamente fetido.

No quinto dia os phenomenos geraes tinhão-se aggravado; a lingua estava secca; havia sub-delirio e carphologia, e ás 8 horas da noite o doente fallecera.

O professor Gosselin, em uma nota á obra de Curling, refere que publicou a observação de um caso em que a puncção exploradora foi seguida de febre intensa com anciedade, insomnia, formação rapida de gazes na tunica vaginal, e de emmagrecimento muito notavel. Felizmente o doente restabeleceu-se, dando porém os maiores cuidados por espaço de cinco dias.

Não imitarei pois no doente de hematocele que aqui se acha, o exemplo daquelles cirurgiões que aconselhão a puncção simples ou seguida das injecções, tanto mais quanto parece que a tunica vaginal neste caso deve pelos caracteres apresentados achar-se bastante espessa. Em verdade não deveis esquecer que nos hematoceles o estado em que se apresenta a tunica vaginal é de uma importancia consideravel. A puncção nos hematoceles não é sufficiente para dar sahida a todo o conteúdo da tunica vaginal, e por outro lado esta não gozando, em virtude da inflammação plastica, de toda a sua força de retractibilidade, permitte que o ar depois da puncção alli penetre e active as alterações de algum coalho que ficára retido, de onde parta a explosão dos graves phenomenos inflammatorios que então se podem observar.

A puncção seguida das injecções não offerece nenhuma vantagem para impedir a manifestação desse estado, e não tem as condições necessarias para acarretar modificações salutares no

estado da tunica vaginal; entretanto nas suas lições clinicas o professor Valette de Lyão propõe um processo de tratamento que elle emprega, segundo diz, ha vinte annos com o mais esplendido resultado, e que consiste na puncção seguida da collocação de uma especie de sedenho feito por meio de um cylindro de chlorureto de zinco que tenha um diametro inferior ao da canula de um trocater ordinario de hydrocele. Eis como elle aconselha que se pratique a operação: prepara-se um sedenho de chlorureto de zinco que tenha pouco mais ou menos, segundo o volume de hematocele, oito millimetros de diametro; toma-se então um trocater que tenha por seu lado dez millimetros de diametro, e depois de ter feito o doente deitar-se, puncciona-se o tumor como nos casos de hydrocele, procurando-se por todos os modos evitar o testiculo, e, quando chega-se ao interior da tunica vaginal, dá-se sahida á metade do liquido alli contido, e logo apoz impelle-se a canula para cima de modo attingir o apice do tumor, e, percebida a extremidade della debaixo da pelle, introduz-se o perfurador na mesma canula, e faz-se uma nova puncção de dentro para fóra de modo que o tumor seja puncciona-do longitudinalmente de lado a lado. Leva-se o sedenho pelo interior da canula que em seguida é retirada, ficando elle em seu logar, onde é mantido por cordões que envolvem as duas extremidades do caustico e são presos adiante do tumor por uma laçada. No fim de 24 horas retirão-se os cordões; o caustico é conservado; e d'ahi a 5 ou 7 dias retirão-se dos orificios cutaneos um cylindro de tecido escharificado, e passa-se através delles um tubo de drainage destinado a dar esgôto á suppuração que se tem estabelecido, e a facilitar as lavagens detersivas e antisepticas que se tornarem necessarias.

Nada posso dizer-vos acerca das vantagens d'esse processo; mas, desejando empregal-o no caso que aqui se acha, recommendei que me fizessem vir da pharmacia do hospital o chlorureto de zinco nas condições de que ha pouco vos fallei.

A preparação não foi feita convenientemente, e sou forçado a recorrer ou á incisão simples ou á incisão seguida da decorticação. A qual destes meios devo dar preferencia ?

A incisão da tunica vaginal, é um methodo muito antigo de tratamento do hematocele. Curling o preconisa e o indica para todos os casos em que a affecção não ceder á puncção, e entre nós o seu emprego é muito commum. O professor Gosselin entrando porém, como já vos disse, no estudo da physiologia pathologica tirou a conclusão de que o hematocele era constituido pelo espessamento da tunica vaginal, e que sem a extirpação d'esta membrana pelo methodo, a que elle deu o nome de *decorticação*, não se poderá obter a cura dos hematoceles consecutivos sem accidentes inflammatorios graves.

Eu creio que o professor Gosselin não só exagerou os perigos da incisão como foi absoluto de mais em relação ás modificações pelas quaes passava a tunica vaginal.

Si é certo que esta membrana, assim como vos disse, póde apresentar uma transformação fibrosa ou fibro-cartilaginosa que lhe dê uma grande espessura, em muitos outros casos o processo morbido que dá em resultado a manifestação do hematocele não se revela desde logo por grandes modificações na tunica vaginal, de modo que esta se apresenta pouco espessa ou tão delgada que pouco differe do estado normal.

A preferencia a dar-se a um ou a outro d'esses methodos, que são a incisão simples ou a incisão acompanhada de decorticação, baséa-se nas condições em que se acha a tunica vaginal.

Si o espessamento não é pronunciado, limito-me, como tendes visto, ao emprego da incisão simples. No doente de hematocele consecutivo a um hydrocele, e cuja historia já vos referi, pratiquei a incisão, e nenhum accidente se manifestou que demonstrasse os perigos d'esse methodo de tratamento. Tenho observado muitos outros casos da mesma ordem ; mas, repito ainda uma vez, a incisão só póde ser applicada nos hematoceles que

não sejão acompanhados de espessamento da tunica vaginal. E' n'estes casos que a decorticação encontra as suas indicações. Não julgueis entretanto que esse methodo de tratamento deixe sempre de provocar os mais graves accidentes e de ser causa da morte de alguns doentes.

Lembro-me n'este momento de um individuo de 35 annos de idade que entrou para esta enfermaria no dia 1.º de Agosto de 1877 com um hematocele da tunica vaginal direita, o qual foi tratado pela incisão e decorticação desta membrana. A operação foi praticada no dia 6 d'aquelle mez, e no dia seguinte á tarde se manifestou uma pequena hemorrhagia que foi sustada por meio de fios embebidos em agua de Pagliari. Logo depois o doente apresentou-se com o pulso a 132, e com uma temperatura de 39 gráos e 8 decimos.

No dia 8, apezar de uma poção nitrada e fortemente diaphoretica, a temperatura elevou-se a 40,2 e o pulso a 140. Manifestárão-se vomitos que não deixavão o doente conservar cousa alguma no estomago.

O escrôto apresentou-se nimiamente tumefacto, e a ferida fornecia um liquido sero-sanguinolento de máo cheiro.

Foi prescripta ao doente a magnesia fluida de Murray com tintura de noz-vomica.

No dia 9 a temperatura desceu a 39,0 e o pulso a 100; o escrôto apresentou signaes evidentes de mortificação; havia retenção completa das urinas e necessidade de extrahil-as por meio da sonda.

A ferida fornecia um liquido sanioso e infecto; os phenomenos geraes se aggravárão nos dous dias seguintes; o abatimento tornou-se profundo, e o doente no dia 11 falleceu com todos os symptomas de uma septicemia aguda.

Esse resultado, meus senhores, é hoje excessivamente raro quando a operação é praticada sob a influencia das pulverisações phenicadas e se fazem os curativos segundo os preceitos de Lister.

Ha um mez a esta parte pratiquei a operação do hematocele pelo methodo de decorticação em um preto de 46 annos de idade, e tudo correu tão bem que no fim de 30 dias o doente teve alta completamente restabelecido.

A' vista do que vos tenho exposto, praticarei no doente de hematocele, que aqui se acha, a incisão do tumor. Si a tunica vaginal apresentar-se, como me parece, com algum espessamento, procederei á decorticação.

Para fazer a abertura do tumor poderia servir-me dos causticos chimicos, ou antes do chlorureto de zinco, como é aconselhado pelo Dr. Richard, mas este processo exige muito tempo; por isto prefiro a incisão por meio de bisturi. Não me esquecerei de pratical-a sob a acção das pulverisações phenicadas.

A incisão não deve estender-se além dos dous terços superiores do tumor, e terei o maior cuidado para não comprehender o testiculo. Para maior segurança póde-se fazer preceder a incisão de uma puncção por meio do trocater, como nos casos de hydrocele, e depois de examinar o liquido que sahir pela canula, levar esta á parte superior do tumor, punccional-o de novo de dentro para fóra, e, retirado o perfurador, substituir a canula por uma tenta com o competente rego por onde se corre o bisturi e se incisa a vaginal.

A operação é muito simples e de rapida execução.

No caso de espessamento da tunica vaginal o professor Gosselin aconselha que se proceda á decorticação prendendo com uma pinça de dissecção os envoltorios normaes e com outra a falsa membrana que é arrancada por meio de tracção em sentido inverso.

Este processo poucas vantagens me tem offerecido, sempre que o espessamento é muito notavel, ainda mesmo que me sirva do dedo e da espatula para tornar completo o arrancamento. As pinças escorregão com facilidade e contundem os tecidos, e a operação torna-se extremamente demorada; por isto sirvo-me da pinça para prender a vaginal que é então separada das partes

contiguas por meio de diversos golpes de thesoura. Si a parte da vaginal correspondente ao testiculo se acha fracamente unida a este orgão, o que é muito raro, procuro retiral-a; mas si as adherencias são intimas, facto que se observa na generalidade dos casos, então limito-me unicamente á decorticação da porção parietal da serosa, conservando a porção testicular, a qual se esfolia pouco a pouco, e nenhum obstaculo oppõe á cicatrização da ferida.

Fig. 47. — Hematocele operado pela decorticação. Espessamento consideravel da tunica vaginal. Testiculo reduzido a um tecido fibroso e resistente. Secção do tumor na direcção da base para o apice. A pequena saliencia representa uma parte do cordão.

A menos que o testiculo se ache reduzido a uma lamina delgada, ou inteiramente transformado em um tecido fibroso, como observei um caso em 1878 (fig. 47) em um individuo de 36 annos de idade, affectado de um antigo hematocele, todos os meios se devem empregar para conservar aquelle orgão. O pequeno volume que elle possa apresentar não será uma razão sufficiente para que se faça a sua ablação conjunctamente com a

vaginal, pois que a observação me tem desmontrado mais de uma vez que o testiculo livre da compressão adquire um volume mais notavel conservando os caracteres que lhe são peculiares; e de sua parte o professor Gosselin deixou confirmado que a anemia que soffre esse orgão sob a influencia do hematocele desapparece depois da operação.

Foi executada, como acabastes de ver, a operação no doente de hematocele, a cujo respeito vos entretive ha poucos instantes.

Segui as regras que vos formulei, e, depois da incisão feita sob a influencia das pulverisações phenicadas, encontrando a tunica vaginal muito espessa, fiz a decorticação deixando sómente a porção correspondente ao testiculo. Lavei a ferida com uma solução phenicada fraca, e, installando dous tubos de drainage na cavidade vaginal para darem esgôto aos liquidos que alli fossem depositados, terminei o curativo segundo os preceitos de Lister.

Espero que o resultado seja favoravel, como tem succedido em casos identicos.

As consequencias da operação forão beneficas. O doente sahio restabelecido no fim de 25 dias de tratamento.

QUINQUAGESIMA NONA LIÇÃO

DAS ORCHITES E EPIDIDYMITES

SUMMARIO:— Historia de um caso de epididymite blennorrhagica.— Phenomenos caracteristicos da affecção. — Molestias com que a orchite pode ser confundida. — Differença entre os phenomenos da orchite e da epididymite.— Raridade da deferentite, sem epididymite e orchite.— Caso referido pelo professor Gosselin. — Variedade dos symptomas da orchito-epididymite blennorrhagica.— Caso desta affecção acompanhada de derramamento vaginal.— Explicação difficil da intensidade das dores.— Pathogenia da orchito-epididymite.— Relações entre a blennorrhagia e a inflammação testicular.— Theoria metastatica.— Rasões fundamentaes.— Nem sempre cessa e menos diminue o corrimento blennorrhagico nas epididymites.— Caso observado na clinica.— As epididymites metastaticas das parotites.— Observação de um caso da clinica.— Valor da doutrina metastatica. — A doutrina da sympathia não explica cousa alguma.— A theoria da propagação inflammatoria é a mais razoavel.— Objecções oppostas á esta doutrina.— Marcha da epididymite.— Terminações da affecção.— A resolução constitue a terminação commum.— Raridade da terminação pela suppuração, pela gangrena e pela atrophia.—Não se deve confundir a suppuração testicular com a suppuração da vaginal.— Tratamento da epididymite blennorrhagica.

MEUS SENHORES,

A blennorrhagia urethral é uma affecção que entre as suas limitadas complicações apresenta frequentemente a inflammação da glandula seminal.

Acha-se aqui sobre a mesa deste amphytheatro um doente que vim encontrar no leito n. 7 da enfermaria, para onde entrou hontem 15 de Março do corrente anno (1877) com uma das manifestações de causa blennorrahagica e que pela sua frequencia deve merecer a vossa attenção.

O individuo em questão é um rapaz de 19 annos de idade branco, solteiro, portuguez, e carpinteiro de profissão. Elle referio, como ouvistes, que ha tres mezes contrahira uma blennorrhagia urethral, a qual foi tratada por meio de injecções e

della apenas restava o corrimento de uma ou outra gotta de pús quando começou ha quatro dias a sentir peso, dores e algum augmento de volume no lado esquerdo do escrôto e do testiculo correspondente.

Examinando observa-se com effeito que estas partes se achão augmentadas de volume constituindo no lado esquerdo um tumor do tamanho e volume de uma grande pêra, tendo a grossa extremidade voltada para a parte inferior. A pelle se acha rubra e lusidía. O menor movimento impresso a esse lado do escrôto provoca bastante dor que se exacerba ainda mais por meio da apalpação ; esta encontra no lado direito todas as partes e orgãos no estado normal, mas no lado esquerdo faz descobrir um tumor de forma oval resistente, duro e muito sensivel na parte posterior abraçando por todos os lados um corpo mais molle e elastico situado mais anteriormente e que tem todos os caracteres do testiculo. O corpo duro e resistente abraçando este orgão, como a perola é abraçada pela concha, se prolonga para cima até perder-se no cordão testicular que se acha endurecido, e forma uma massa unica e da grossura do dedo minimo, e cujos elementos constituintes não podem ser separados ou isolados, como no lado opposto.

As dores que o doente experimenta no lado esquerdo se propagão até á região lombar e se irradião pela face interna da côxa até á região perineal. O pulso é frequente e cheio.

A temperatura chega a 38 gráos e cinco decimos. A lingua se acha coberta de uma saburra amarellada ; ha fastio, prisão de ventre e desasocego acompanhado de um mal estar indefinivel. Não existe tosse, nem meteriorismo e sensibilidade do ventre.

A' vista dos symptomas objectivos e subjectivos que acabei de vos expôr não se póde ter duvida de que se trata aqui de uma epididymite blennorrhagica.

Não podia ser uma hernia, porque além de outros symptomas observa-se que o tumor não se prolonga pelo canal inguinal e

não tem a parte mais grossa voltada para cima, nem é reductivel á pressão. Na hernia irreductivel por formação valvular ou por estrangulamento ha dous tumores: um constituido pelos orgãos seminaes e outro pela porção da viscera herniada, quando neste doente só ha um tumor formado de uma parte dura e resistente e de outra mais molle, porém inteiramente unida á primeira, porque é abraçada ou envolvida em grande parte de sua extensão.

Tambem se poderia pensar em uma vaginalite exsudativa, tanto mais quanto a parte molle do tumor é elastica e por um exame superficial poderia muito bem ser tomada por uma collecção liquida. Rochoux em um trabalho publicado nos *Archivos geraes de medicina de 1833 t. II pag 51* dizia que essa porção molle do tumor blennorrhagico dos orgãos seminaes era constituida por uma vaginalite exsudativa, mas ha aqui um erro de apreciação que tem sido corrigido por todos os pathologistas e cirurgiões praticos, e que não devereis aceital-o como a expressão de um facto cuja significação tenha qualquer valor.

Não quer isto porém dizer, meus senhores, que se deixem de encontrar casos de epididymite, de orchite ou de orchito-epididymite, complicados de vaginalite cuja exsudação serosa seja mais ou menos abundante; mas em taes condições quando não se possa sentir uma ondulação manifesta das collecções serosas da tunica vaginal alcança-se pela percussão em um ponto do tumor a vibração caracteristica dos derramamentos serosos.

Um hydrocele enkystado do testiculo poderia ser confundido com a epididymite blennorrhagica, mas no hydrocele não ha dor e a affecção não se apresenta de um momento para outro.

O caso que se acha debaixo de vossa observação é typico; mas outros ha acompanhados de phenomenos insolitos que podem ser causa de erros deploraveis. O professor Gosselin refere nas suas *Lições de clinica cirurgica* diversas observações de orchites blennorrhagicas acompanhadas de phenomenos que fazião pensar

de preferencia em um estrangulamento interno e em uma perityphilite ou peritonite, tanto mais facilmente quanto ha inflammações peritoneaes blennorrhagicas; a dor, porém, que se propaga ou se irradia pelo ventre, não se exacerba nos casos de epididymite pela pressão, quando é o contrario na peritonite, e n'esta affecção o testiculo ou o epididymo não despertão dores.

Podem as duas affecções fazer explosão ao mesmo tempo, e então pelos caracteres de cada uma completareis o diagnostico de ambas.

Aqui neste doente a affecção ou inflammação se acha concentrada no epididymo e em uma parte do cordão, e agora accrescentarei que este facto é o mais commum e tão frequente que se estabeleceu por muito tempo uma grande discussão para saber si a affecção devia ter o nome de orchite ou de epididymite.

Si é certo que a inflammação do epididymo é mais frequente e que convem designar a affecção pelo seu termo proprio, não póde tambem restar duvida de que a inflammação póde propagar-se ao testiculo, ou limitar-se até o canal deferente, ou a todas essas partes ao mesmo tempo constituindo a orchito-epididymite funicular.

Tendes tido innumeras vezes occasião de observar todas essas variedades de orchite.

No schema que aqui vos apresento (fig. 48) podeis ver em —a os caracteres indicativos da inflammação quando occupa o testiculo; em b a epididymite e em c a periorchite.

Os symptomas subjectivos quando a inflammação invade o testiculo são identicos aos symptomas subjectivos observados na epididymite, mas pelo lado dos symptomas objectivos nota-se que o tumor resultante da inflammação testicular offerece uma fórma espheroidal ou elliptica e é duro ou resistente em todas as suas partes. Estes phenomenos erão bem manifestos em um individno chamado Luiz Duarte, branco, portuguez, de 24 annos de

edade, que entrou para a enfermaria no dia 29 de Maio do anno passado (1876) e occupou o leito n. 34. Elle referiu que tivera havia mez e meio uma blennorrhagia e que ainda existia algum corrimento, quando em virtude de um banho que tomára no mar, começára a sentir dores no lado direito do escrôto, e a notar que esta parte augmentava de volume e se tornava bastante rubra.

O doente era de constituição regular e de temperamento lymphatico-bilioso. Tinha alguma febre ; a lingua estava saburrosa,

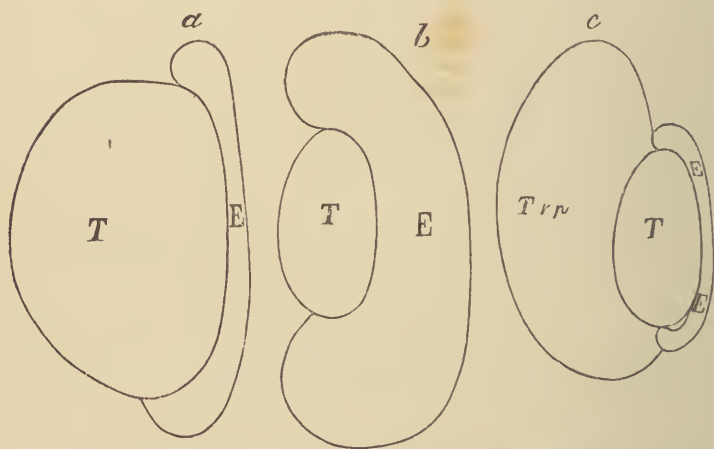



Fig. 48. — Em a orchite aguda. Em b epididymite. Em c peri-orchite aguda. As letras T indicão o testiculo, E o epididymo, T v p a tunica vaginal.

mas não havia constipação de ventre. O lado direito do escrôto apresentava-se augmentado de volume e muito vermelho. Pela apalpação encontrava-se um tumor irreductivel, resistente, de fórma espheroidal e nimiamente sensivel á pressão, e no qual não se distinguião os caracteres proprios do testiculo nem do epididymo, partes estas que formavão uma massa commum de 8 a 9 centimetros de diametro vertical e 4 de diametro transverso, e onde a dureza era uniforme e igual em todos os pontos de sua circumferencia. O cordão até ao orificio externo se achava duro.

O meato ourinario estava ligeiramente rubro, mas não havia corrimento de qualidade alguma pela urethra.

Em todos os doentes observados na clinica ainda não foi encontrado um só caso de inflammação de origem blennorrhagica limitada unicamente ao canal deferente ou ao cordão, com perfeita integridade do testiculo e do epididymo, já tem sido porém observados diversos casos de funiculite ou de inflammação do cordão mas sempre acompanhada de orchite propriamente dita. O professor Gosselin refere entretanto a observação de um caso de inflammação blennorrhagica limitada exclusivamente ao canal deferente sem participação inflammatoria do testiculo ou do epididymo.

Seja como fôr, meus senhores, a inflammação testicular apresenta em geral os symptomas proprios de todo o processo inflammatorio; entretanto ha modalidades nas manifestações symptomaticas e entre ellas a mais notavel é a que diz respeito á sensibilidade accusada pelos doentes.

Em alguns casos os doentes só experimentão pêso no lado affectado; a dor é insignificante e só se revela com intensidade á pressão; outras vezes ella é pungitiva ou gravativa e de uma intensidade consideravel. Os doentes não ficão quietos e não ha posição que lhes não encommode. As dores podem ainda offerecer a fórma nevralgica.

Pelo lado dos phenomenos objectivos a tensão do tumor é algumas vezes consideravel, ainda que o tamanho deste não seja exagerado; outras vezes a tensão é pouco notavel, e o tumor é bastante volumoso. Em certos casos não ha signal algum de fluctuação indicativa de derramamento na tunica vaginal; em outros ha signal de fluctuação e de existencia do liquido na serosa testicular.

Em 22 de Agosto do anno passado entrou para esta enfermaria um individuo chamado Thomé Cura, branco, solteiro, portuguez, de 29 annos de edade, o qual referiu que tendo tido diversas

blennorrhagias sentira ha 8 dias sob a influencia da ultima manifestação desta affecção dores agudas no testiculo direito, que lhe impossibilitavão de dar qualquer passo e o obrigárão a recolherse a este hospital.

No lado direito do escrôto havia um tumor com o volume de uma pera, de côr rubra, tenso, elastico, muito sensivel á pressão e que dava superficialmente por meio da apalpação signal de fluctuação, ou da existencia de uma collecção liquida pouco abundante que envolvia uma massa mais central de consistencia notavel, de fórma ovoidal, e que occupava o logar do testiculo e epididymo. Por meio da luz não descobri nenhuma transparencia. Praticando-se com um tenotomo diversas puncções na superficie anterior do tumor, deu-se sahida a um liquido seroso em quantidade que podia ser avaliado em oito grammas.

Ha, pois, meus senhores, inflammações blennorrhagicas testiculares seccas e secretantes. Estas duas fórmas de orchites não vos devem ser desconhecidas, tanto mais quanto alguns cirurgiões acreditão que as dores intensas que se manifestão em algumas orchites dependem da compressão que soffre o testiculo sob a influencia de um derramamento agudo na cavidade vaginal.

Si é admissivel explicar em alguns casos a manifestação das dores intensas por uma vaginalite concumitante, acompanhada de derramamento rapido que comprime o testiculo; em outros casos de orchite dolorosa não se póde appellar para essa causa, pois que não ha liquido na vaginal, e entretanto os doentes accusão dores consideraveis.

Só haverá explicação para esse phenomeno ou na intensidade da inflammação, ou em uma sensibilidade particular dos individuos affectados de orchite blennorrhagica.

Qualquer que seja a explicação que possaes dar acerca desse phenomeno, não me esquecerei de indicar-vos os meios de que podereis lançar mão para combatel-o, mas antes disso é necessario

entrar no estudo da natureza da orchite e explicar-vos o mecanismo pelo qual o epididymo ou o testiculo se inflammão sob a influencia da blennorrhagia. Esta questão não tem grande importancia debaixo do ponto de vista pratico; entretanto não deixa de offerecer algum interesse para um melhor conhecimento da evolução dos phenomenos, e da marcha que estes possão apresentar.

Não ha duvida, meus senhores, que a blennorrhagia dá logar ás inflammações do epididymo, do testiculo e do cordão inguinal, e em regra geral o epididymo é o orgão essencialmente sujeito á inflammação blennorrhagica. Este facto era tão commun que chegou-se a admittir que toda a epididymite era de natureza blennorrhagica. Está hoje bem demonstrado que tambem ha casos de epididymite syphilitica, mas nem por isto a epididymite deixa de ser uma complicação muito frequente da blennorrhagia.

Que relações ha, pois, entre um e outro estado morbido?

Os antigos não tinhão duvida em explicar a inflammação do epididymo por uma metastase ou transporte, em natureza, da inflammação da urethra para o epididymo ou para o testiculo.

Elles se baseavão para darem essa explicação no facto da cessação ou diminuição do corrimento blennorrhagico logo que apparecia a inflammação do epididymo, e algumas vezes na manifestação de uma epididymite quando se desvanecia a fluxão parotidiana a que vulgarmente se dá o nome de cachumba.

As questões pathogenicas offerece sempre, meus senhores, grandes difficuldades de resolução; mas em relação á explicação metastatica da epididymite, as rasões apresentadas não são de valor inconcusso, por quanto encontrareis muitos casos em que o corrimento blennorrhagico continúa com muita abundancia apezar de se achar bem estabelecida e em periodo bastante agudo a epididymite.

Todos os doentes de inflammação blennorrhagica do epididymo ou do testiculo aqui observados não deixárão de se apresentar com algum corrimento blennorrhagico, e em um caso observado na clinica em 1874 o corrimento blennorrhagico era bastante abundante. O doente em questão, chamado Laurindo de Meirelles, de 22 annos de idade, branco, solteiro, portuguez e marinheiro de profissão, referio que soffria ha um mez de uma blennorrhagia, quando sobreveio-lhe uma inflammação no lado esquerdo da região escrôtal acompanhada de engorgitamento e dores no testiculo do mesmo lado.

Encontrou-se por meio do exame da região indicada um tumor periforme, nimiamente sensivel, formado em sua parte posterior e inferior por um corpo duro, resistente e doloroso, o qual contrastava com a molleza de uma outra porção anterior, onde a pressão não despertava grande sensibilidade, nem fazia descobrir o menor indicio de derramamento na tunica vaginal.

No meato ourinario se apresentava uma grossa gotta de pús, e a pressão exercida sobre a urethra na direcção postero-anterior dava logar a expulsão de grande quantidade de liquido com aspecto purulento.

Eis pois um caso em que o corrimento era bastante consideravel, e si este não é geralmente abundante e até se torna tão diminuto, quando apparece a epididymite, para que o doente se considere livre da blennorrhagia, nada ha que admirar, nem d'ahi se pode deduzir qualquer relação de causa para o effeito, desde que a epididymite quasi sempre sobrevem, passados tempos, depois que existe a blennorrhagia, ou quando a inflammação virulenta tem passado ao periodo chronico ou tem havido uma nova excitação da urethra em virtude de relações sexuaes, de alguma masturbação ou de injecções irritantes.

Mais valor do que o desapparecimento da blennorrhagia representa, meus senhores, para a doutrina metastatica da epididymite, o facto que algumas vezes se observa de inflammação do testiculo

nos individuos que soffrem de parotite, e esta cessa logo que aquella vem a manifestar-se. Em 1873 tive occasião de observar uma orchite metastatica sobrevinda debaixo da influencia de uma inflammação da região parotidiana. Tratava-se de um individuo de 17 annos de idade chamado João Baptista Ramalho, branco, portuguez e caixeiro de profissão. Elle referio que soffria de febres remittentes das quaes fora tratado neste hospital, quando lhe sobreveiò, no dia seguinte áquelle em que teve a sua alta, um engorgitamento doloroso da região parotidiana, que lhe obrigára a voltar para aqui, onde teve entrada no dia 19 de Abril, vindo occupar o leito n. 21 desta enfermaria.

O doente apresentava com effeito no dia seguinte ao de sua entrada um engorgitamento de região parotidiana de ambos os lados; accusava anorexia, tinha a lingua saburrosa e estava febril.

Prescrevi um emeto-cathartico e fomentação nas regiões parotidianas com a pommada de belladona e mercurial, e com essa fomentação continuou o doente até ao dia 23 de Abril, cessando toda a reacção febril depois do vomitivo.

No dia 24 do mesmo mez, reappareceu-lhe a febre, e a lingua de novo apresentou-se saburrosa, havendo diminuição notavel e rapida do engorgitamento doloroso das parotidas. Prescrevi uma poção tartarisada, e 60 centigrammas de sulphato de quinina para serem administrados logo que houvesse apyrexia.

No dia 25 o lado direito do escrôto apresentou-se augmentado de volume, e muito rubro, e encontrou-se o testiculo grandemente engorgitado e bastante doloroso á pressão. Ainda persistia a reacção febril, e por isto não lhe foi administrado o quinino.

No dia 26 o doente apresentou-se apyretico, e tomou o quinino pela manhã. O engorgitamento testicular persistia no mesmo estado, e só começou a diminuir no dia 29.

Mandei substituir as fomentações pelas cataplasmas de linhaça. As melhoras do doente forão em progresso e elle teve alta no dia 3 de Maio completamente restabelecido.

O professor Gosselin refere tambem em suas *Lições de clinica cirurgica* um caso de orchite metastatica de uma inflammação da região parotidiana.

Todos esses factos são de grande importancia; mas eu vos farei notar que elles se referem a orchites propriamente ditas, ao passo que a blennorrhagia provoca de preferencia a inflammação do epididymo, e si o testiculo vem a inflammar-se é consecutivamente a este ultimo orgão além de que a marcha de uma orchite metastatica é diversa, como ha pouco vos mostrei, da marcha da orchite blennorrhagica.

A opinião de que a epididymite e a blennorrhagia se desenvolvem por *sympathia* ainda é menos admissivel e nada significa.

Ha uma terceira theoria que é a da propagação da inflammação por continuidade de tecidos até ao testiculo. É esta a opinião que reune maior numero de adhesões, e que me parece a mais racional. Os adversarios d'ella não deixão de objectar que é singular que a inflammação chegue desde logo ao epididymo, sem invadir as partes intermediarias entre a urethra e este orgão. Esta observação não é fundada por quanto tem-se podido estudar em muitos casos a marcha da molestia, e então observa-se que a inflammação vai caminhando para as partes profundas da urethra e por fim invade successivamente o canal deferente, o epididymo e o testiculo. As estatisticas dos Srs. Gaussail, Aubry e Castelnau demonstrão que é sempre quando a inflammação chega ás partes profundas da urethra que se declara a orchite blennorrhagica.

Seja como fôr, esta affecção tem geralmente uma marcha sub-aguda, e só em poucos casos a inflammação apresenta uma marcha aguda. E' raro observar a epididymite em ambos os lados ao mesmo tempo; e si ambos os lados são invadidos, é um apoz outro: a inflammação diminue em um testiculo para se manifestar no outro.

Como outro qualquer processo inflammatorio, a epididymite blennorrhagica póde terminar pela resolução, pela suppuração pela mortificação, ou pela atrophia do orgão.

A terminação pela resolução constitue a regra geral. Entretanto devo prevenir-vos de que a resolução completa não se realiza senão no fim de um tempo mais ou menos longo. Cessão com effeito todos os phenomenos subjectivos da epididymite. O doente não accusa dores, quer espontaneas quer á pressão, mas, como vos tenho feito observar, persiste um nucleo endurecido correspondente á cauda do epididymo, o qual não desapparece senão no fim de um tempo mais ou menos longo. Tenho observado casos em que esse nucleo duro e resistente tem-se conservado rebelde a todos os meios por espaço de dous mezes em que tenho continuado a conservar os doentes sob as minhas vistas.

A terminação pela suppuração é muito rara e só tenho lembrança de haver observado ha annos um caso desta ordem em um doente de minha clinica particular. A inflammação propagando-se do epididymo ao testiculo terminou pela formação de um abscesso do tamanho de uma noz, e sua dilatação fez reconhecer a sua verdadeira procedencia.

Quando fallo da suppuração me refiro exclusivamente á do testiculo ou epididymo que não deveis confundir com a suppuração da vaginal. Em verdade sabeis que a epididymite blennorrhagica póde provocar uma vaginalite secretante, ou uma vaginalite que passa ao periodo suppurativo. Mais de um caso desta ordem tem sido observado na clinica, e neste momento lembro-me de um individuo chamado Manoel Antonio Pires, de 22 annos de idade, branco, portuguez, o qual entrou para esta enfermaria em 22 de Agosto de 1876 com uma epididymite blennorrhagica funicular do lado direito complicada de vaginalite sub-aguda que se traduzia por tensão do tumor e signaes de ondulação humorica. Tres dias depois de se achar em tratamento, apresentou-se febril, tendo tido um calafrio seguido de

cephalalgia calor e suor. O tumor escrotal apresentou-se mais tenso, rubro e sensivel do que nos dias anteriores. Continuei a obter signaes de ondulação humorica; porém ainda me abstive de qualquer intervenção directa.

No dia seguinte (29 de Agosto) os symptomas acima descriptos não havião declinado; a temperatura chegára a 39 gráos, e o pulso marcava 130 pulsações.

Pratiquei então uma punção exploradora, e reconhecendo que se tratava de um derramamento purulento na tunica vaginal fiz a dilatação, e no dia 13 de Setembro o doente estava restabelecido e teve a sua alta.

Ainda recentemente tivestes de observar a mesma terminação em um doente que occupou o leito n. 20 desta enfermaria. Elle entrou com uma epididymite blennorrhagica, e apenas lhe restava o nucleo endurecido da cauda do epididymo, quando um dia queixou-se que lhe havião reapparecido as dôres no testiculo. Este se achava com effeito bastante engorgitado e muito sensivel.

O rubor escrotal era entretanto pouco pronunciado, mas pela apalpação os tecidos mais profundos parecião infiltrados. O engorgitamento persistiu, signaes de fluctuação se manifestárão, e por fim a vaginal foi dilatada dando esgoto á collecção purulenta que alli se tinha formado.

A terminação pela gangrena ou pela atrophia testicular é muito rara e só tenho conhecimento della pelos dous casos referidos pelo professor Gosselin em suas *Lições de clinica cirurgica*. Em uma das observações de orchite gangrenosa blennorrhagica citadas pélo professor Gosselin, o que deu a esse caso um caracter mui particular foi, meus senhores, o facto da indolencia da inflammação e suppuração que previamente se tinha formado no testiculo.

As condições da epididymite do doente que aqui se acha debaixo de vossas vistas são de natureza a indicar que a terminação ha de ser favoravel, como se observa na generalidade dos casos.

De que meios lançarei mão para tratar esse doente, e que devem servir de base do tratamento da epididymite ou orchite blennorrhagica? Tal é, meus senhores, a questão clinica, depois da do diagnostico, a mais importante a resolver.

A natureza inflammatoria da affecção demonstra desde logo que é aos antiphlogisticos e antiplasticos que se deve recorrer para formar-se a base do tratamento, variando segundo a intensidade dos phenomenos e a marcha que estes seguem.

A epididymite apresenta geralmente uma marcha sub-aguda e poucas vezes necessitará dos meios antiphlogisticos representados pelas sangrias geraes e locaes. Das primeiras faço completa abstenção e sou decidido adversario, mas tenho sido obrigado a lançar mão com proveito das segundas ou das applicações das sanguesugas.

Nem um nem outro meio é indicado neste doente, porque os symptomas inflammatorios são moderados.

Podem apresentar-se á observação duas ordens de casos: ou a epididymite é acompanhada de alguma reação febril de grande exaltação da sensibilidade de modo que o processo inflammatorio pareça revistir um caracter agudo, ou os phenomenos são moderados e circumscrevem-se em limites restrictos e sem que a dôr seja muito intensa. Póde ainda acontecer que o corrimento continue em abundancia ou tenha quasi desapparecido, e a blennorrhagia esteja em periodo de declinação.

Si a epididymite fôr acompanhada de reacção geral ou manifestar-se com grande tumefacção e sensibilidade do orgão compromettido, quer haja ou não corrimento blennorrhagico, prescrevo os meios diluentes combinados com os diaphoreticos, e mando applicar á raiz do cordão e no ponto correspondente ao canal inguinal oito até dez sanguesugas, de modo a fazer uma espoliação sanguinea local bastante abundante, devendo logo apoz a quéda das sanguesugas ser envolvida a parte affectada com uma cataplasma fortemente laudanisada.

Entretanto nem sempre se trata de individuos que possão soffrer qualquer perda sanguinea, e quando a tensão inflammatoria é consideravel e a dôr muito intensa, a nenhum meio local podereis recorrer que tenha a efficacia e as vantagens das punções multiplas aconselhadas em casos de orchite por Velpeau.

Algumas vezes nenhuma modificação salutar se consegue com a applicação das sanguesugas, e ella se dá logo que se empregão as puncções da região escrotal.

Não estareis certamente esquecidos de um individuo de nome José Martins Gomes, de 21 annos de idade, que entrou para este hospital no dia 18 de Maio do anno passado (1876). onde veio occupar o leito n. 29 desta enfermaria, por estar soffrendo durante oito dias de uma blennorrhagia aguda que lhe havia produzido um abscesso na parte inferior da porção peniana da urethra.

O abscesso foi dilatado, e prescrevi para modificar a inflammação urethral uma poção com o chlorato de potassa.

No dia 20, além do corrimento blennorrhagico, o doente accusou desejos frequentes de ourinar, pelo que mandei vir para tomar conjunctamente com a poção do día anterior 18 pilulas compostas de 2 grammas de nitro, uma gramma de ergotina, 50 centigrammas de camphora, e de 20 centigrammas de extracto de opio para lhe ser administrada uma de 3 em 3 horas.

Sob a influencia desse tratamento o corrimento tornou-se menos abundante, os desejos frequentes de ourinar diminuirão e o doente passava regularmente, quando no dia 27 do mesmo mez começou a accusar dôres no testiculo esquerdo. O epididymo deste lado se achava augmentado de volume, e muito sensivel á pressão e á qualquer movimento que lhe era impresso, e formava ao redor do testiculo um tumor tenso e resistente na parte posterior, e mais molle e elastico na parte anterior. A parte correspondente á região escrôtal se achava bastante rubra, tensa e luzidia. O doente accusava prisão de ventre, e pela abertura do abscesso peri-urethral o pús escoado era em pequena quantidade.

Prescrevi um purgativo salino, a applicação de 8 sanguesugas á raiz do cordão, e cataplasmas emolientes ao escrôto.

Nos dias 28, 29 e 30 ainda as cousas persistirão no mesmo estado, e o doente, longe de sentir-se mais alliviado das dôres, referiu que estas erão insupportaveis. A espoliação sanguinea do primeiro dia havia sido entretanto muito abundante, e nos dous ultimos dias o doente continuára a fazer uso da poção de chlorato de potassa e das pilulas com camphora, opio, ergotina e nitro.

No dia 1 de Junho, em virtude da persistencia das dôres, resolvi fazer com a ponta de um tenotomo agudo diversas puncções sobre a parte anterior do tumor, pelas quaes teve logar o corrimento de alguma serosidade sanguinolenta.

A pequena operação foi executada com toda a rapidez, e poucas forão as dôres que o doente accusou n'essa occasião. O tenotomo foi seguro perto de sua extremidade, ficando sómente livre a ponta na distancia necessaria para apenas attingir á cavidade vaginal. Mandei continuar com a mesma medicação.

No dia 2 encontrei o doente nas melhores condições: havia diminuição no volume do epididymo, as dôres havião cessado completamente, e assim continuou o doente até ao dia 15 do mesmo mez em que apresentou-se affectado o epididymo do lado direito. Fiz então as puncções que tão salutares tinhão sido no lado opposto, e com effeito o resultado foi o mais favoravel possivel, pois que no dia 16 as dôres tinhão grandemente diminuido, e d'ahi em diante as melhoras forão em progresso, e no dia 28 do mesmo mez o doente teve alta completamente restabelecido de sua blennorrhagia e da epididymite dupla de que fora victima.

Tenho tido diversos casos da mesma ordem em que os effeitos salutares das punções multiplas tem sido promptos ou não se tem feito esperar por muito tempo; portanto julgo que este meio é preferivel ás sanguesugas quando as dôres da epididymite são consideraveis e ha tensão inflammatoria bastante pronunciada.

Si por acaso a epididymite vier produzir a inflammação suppurativa da vaginal, como no caso que vos referi, não deveis demorar-vos em fazer a dilatação da serosa e dar sahida ao pús ali contido.

Quando a epididymite apresentar os caracteres que lhe são mais communs, como no doente que aqui se acha, vos limitareis ao emprego dos emolientes e de resolutivos como os calomelanos em doses fraccionadas. Para taes casos prescrevo uma poção com o chlorato de potassa, e umas pilulas compostas de pós de Dower, calomelanos, extracto de cicuta e sabão medicinal. Si o corrimento blennorrhagico apenas se revela por alguma serosidade purulenta, limito-mo á prescripção dos meios que acabei de vos indicar até que tanto elle como a epididymite tenhão desapparecido. Si porém o corrimento é abundante, como no doente de nome José Cura, cuja historia já vos referi, mando administrar na occasião de cada refeição 4 grammas de cubebas misturadas com 12 grammas de xarope de tolú.

Como meio local prefiro nos casos de epididymite sub-aguda as fomentações narcoticas e resolutivas feitas, com as pomadas de belladona e mercurial, ás cataplasmas emolientes.

A compressão foi muito preconisada por Frike de Hamburgo, e parece que nas mãos de seu autor e na de outros cirurgiões ella deu bons resultados. Mas em um caso em que tentei a applicação, as dôres se tornárão tão intensas que fui obrigado a fazer cessar o seu uso, e desde então nunca mais empreguei esse meio, que em todo caso é de difficil applicação.

Emfim se, curada a epididymite, ficar um nucleo duro e resistente na cauda do epididymo, como succede muitas vezes, podereis prescrever o iodureto de potassio.

Taes são as regras que seguirei no tratamento do doente que se acha em vossa presença, e espero que o resultado será, de baixo de todos os pontos de vista, de efficacia manifesta.

SEXAGESIMA LIÇÃO

FUNGUS BENIGNO DO TESTICULO

SUMMARIO:— Observação de um doente do fungus benigno do testiculo.— Raridade desta affecção.— Commemorativos fornecidos pelo doente.— Descripção do caso em questão.— Caracteres especiaes.—Diagnostico differencial entre o fungus benigno, o cancro ulcerado e a hernia do testiculo.— O que se deve entender por fungus benigno do testiculo.— A' Bertrandi se deve a descoberta da affecção e a Callisen a sua denominação. — Asth. Cooper a descreve com o nome de tumor granuloso, e outros com o de hernia do testiculo.— Jarjavay descreve duas especies de fungus.— O fungus superficial de Jarjavay não é para Deville senão a hernia simples do testiculo.— Condições especiaes do fungus propriamente dito.— Causas e mecanismo da formação do fungus do testiculo.— Natureza essencialmente syphilitica do fungus.— Dosormeaux e Hannequim negão que o fungus seja sempre devido a syphilis.— A tuberculose do testiculo não produz o fungus.—Marcha e terminação do fungus do testiculo.—Meios de tratamento aconselhados. — As preparações mercuriaes não adiantão a cura; mas convém para destruir a causa da affecção. — Tratamento expectante e tratamento pela castração. — Preferencia dada a este meio.— Processos aconselhados.— Modos de execução.— Amputação do testiculo do doente pelo processo de Chassaignac.— Resultado favoravel da operação.

MEUS SENHORES,

Acha-se aqui sobre a mesa de operações um doente que apresenta uma affecção mui rara do testiculo. E' o segundo caso que ha 11 annos observo na clinica. A affecção em ambos os doentes apresenta caracteres tão semelhantes que para fazerdes uma idéa do que soffria o primeiro doente, só tereis necessidade de acompanhar commigo o estudo do caso actual; sómente apresso-me a dizer-vos que foi diverso o tratamento que nelle empreguei d'aquelle a que espero hoje recorrer afim de obter a cura deste doente. Elle chama-se Manoel Teixeira, é branco, portuguez, casado, de 43 annos de edade, trabalhador de profissão, e offerece, como vêdes, uma constituição bastante fraca e um temperamento

lymphatico; entrou para o hospital ha seis dias (30 de Abril de 1875) e occupa o leito n.º 33 desta enfermaria.

Antes de apreciar os caracteres da affecção de que elle soffre, ouçamos o que diz o doente sobre os seus antecedentes e acerca da genese da molestia actual. Elle referio que em Dezembro de 1872, e portanto ha tres annos contrahira um cancro venereo que fôra tratado por meio da cauterisação com o nitrato de prata. Alguns mezes depois lhe sobrevierão dores articulares pelo que foi sujeito ao uso do iodureto de potassio internamente e de linimentos calmantes sobre as articulações affectadas. Tendo ficado livre das dores articulares deixou de lado os medicamentos, mas no fim de vinte dias os mesmos phenomenos se manifestárão, e então além do iodureto de potassio foi-lhe tambem prescripta a applicação de um vesicatorio sobre cada joelho. Achava-se bom quando em Agosto de 1873 começou a soffrer de uma inflammação de ambos os olhos, acompanhada de dores intensas que muito se exacerbavão sob a acção da luz. No fim de dois mezes de tratamento recuperou a vista do olho esquerdo, mas a do direito ficou muito diminuida.

Em 11 de Março do anno passado (1874) começou a apparecer no lado direito do escrôto uma saliencia acompanhada de rubor e dores bastante intensas; a pelle correspondente veio por fim a romper-se e entre os labios da solução de continuidade começou a apresentar-se um corpo esponjoso, do tamanho de um pequeno ovo de gallinha, o qual persistindo até hoje, apezar dos meios que lhe prescreverão e de que fez uso, obrigou-o a entrar para este hospital.

Eis, pois, meus senhores, um individuo que teve ha tres annos um cancro sobre a parte anterior da bainha do penis, e que depois disso soffreu diversos accidentes para o lado das articulações e dos olhos, e por fim uma inflammação que deu em resultado a formação de um corpo saliente e esponjoso que data de um anno mais ou menos.

Apreciemos agora os caracteres dessa saliencia esponjosa. Ella occupa, como vêdes, a parte inferior e direita do escrôto, (fig. 49). O seu volume não excede ao de uma pequena maçã ou ovo de gallinha; tem cinco centimetros de altura e tres de

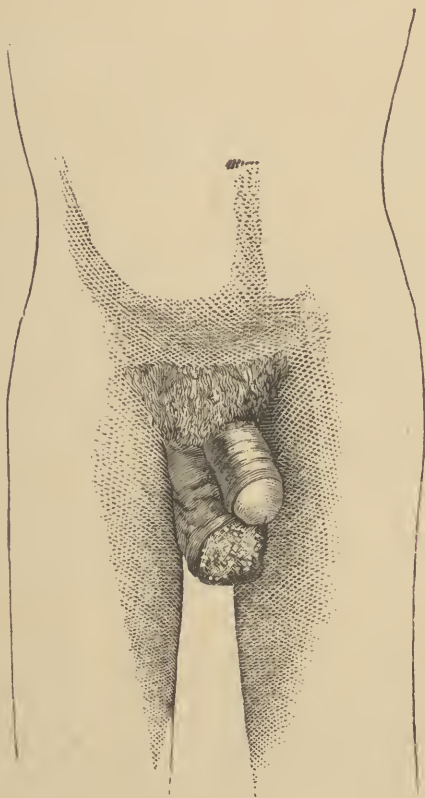



Fig. 49. — Fugus benigno do testiculo observado em um doente da clinica da faculdade em 1875. O tumor era mais saliente do que representa a estampa.

grossura; a sua fórma é ovoidal com a grossa extremidade voltada para baixo. A pequena extremidade fórma um collo que é abraçado pela tunica escrôtal que se acha com a orla respectiva ligeiramente voltada para fóra.

A superficie é de aspecto esponjoso ou granuloso, apresenta-se coberta de uma substancia amarellada pouco densa, e fornece uma secreção serosa não abundante, cujo cheiro se assemelha ao do pús.

O tumor não sangra e é inteiramente índolente á pressão. Pela apalpação não se descobre o testiculo desse lado do escrôto, e o cordão conserva o seu volume normal desde o orificio externo do annel inguinal até embaixo, onde elle prende-se ao tumor exterior. A tunica escrotal em toda a circumferencia da porção mais delgada do tumor forma uma orla espessa sensivel á pressão e de côr amarellada.

No resto de sua extensão, a côr e consistencia são normaes.

O testiculo do lado esquerdo tem um volume muito reduzido, como se tivesse passado por um processo de atrophia.

O doente desde que começou a soffrer do lado direito do escrôto deixou de ter erecção. Elle está magro, pallido e abatido; mas acha-se apyretico. Tem entretanto fastio e dores articulares, e a lingua está saburrosa.

Qual a especie ou natureza da affecção deste doente? Será um cancro ulcerado? Será uma hernia do testiculo, ou será pelo contrario a affecção a que se dá o nome de fungus benigno do testiculo?

Não é possivel confundir essa affecção com um cancro ulcerado do testiculo. Si em outras epochas podia-se commetter o erro de confundir essa affecção com um cancro ulcerado do testiculo; hoje seria imperdoavel o cirurgião que cahisse em tal falta, por quanto no cancro a ulcera, como sabeis, tem uma superficie que sangra ao menor contacto e cheia de anfractuosidade, donde corre uma sanie nimiamente fetida. As bordas são talhadas a pique, e si pela pressão não ha grande sensibilidade, espontaneamente as dores são consideraveis.

No tumor do doente a sensibilidade não se revela nem espontaneamente nem por meio da pressão directa. A superficie do tumor

é finamente granulosa, e a secreção fornecida insignificante e não tem máo cheiro.

A hernia do testiculo podia com muita facilidade ser confundida com o tumor que apresenta este doente, e muitos cirurgiões não dão outro nome a essa affecção. Mas tendes visto por mais de uma vez a hernia testicular resultante da gangrena do escrôto e dos tecidos subjacentes; entretanto não terieis deixado de notar que o testiculo se acha sempre revestido pela tunica albuginea. O tumor é nos primeiros tempos ou no momento de sua formação liso, lusidio e de uma côr esbranquiçada, para depois revestir um aspecto granuloso e uma côr avermelhada.

O tumor desse doente tem uma superficie granulosa mas ligeiramente amarellada ou cinerea; é insensivel á pressão, ao passo que na hernia a sensibilidade especial se revela em toda a plenitude, e tem os caracteres da dôr que o testiculo apresenta quando comprimido em estado normal.

Deste modo julgo que se trata aqui de um tumor a que se dá o nome de fungus benigno do testiculo.

O que é um fungus benigno do testiculo?

Admitte-se como facto bem averiguado que foi Bertrandi em 1757 o primeiro que tratou de separar essa especie de affecção do cancro do testiculo, e apresentou a respeito de seu modo de formação ou de sua pathogenia uma theoria que reinou durante muitos annos e foi partilhada com ligeiras modificações por muitos cirurgiões notaveis; mas foi Callisen em 1800 que designou a affecção que resvestia os caracteres da que soffre este doente com o nome de fungus do testiculo. Samuel Cooper aceitou a mesma denominação e Lawrence em 1808 deu o nome de fungus testicular a um tumor benigno que não sangra e não degenera em cancro e para cuja cura tem-se praticado muitas vezes a castração. Asthley Cooper em suas *observações acerca das affecções do testiculo*, publicadas em 1830 repelle a denominação dada por Callisen a essa affecção, e a descreve debaixo do nome

de *tumor granuloso* do testiculo. Esta denominação não tem sido adoptada, e alguns cirurgiões attendendo a que a affecção se traduz pela sahida do testiculo através de uma abertura do escrôto, a designão com o nome de fungus benigno ou hernia do testiculo.

Jarjavay em um excellente trabalho publicado em 1849 nos *Archivos geraes de medicina* descreve duas especies de fungus: um superficial ou constituido por vegetação tendo por ponto de partida a membrana fibro-serosa da glandula seminal, e outro mais raro formado pela propria massa glandular que se separa da albuginea.

Deville e muitos cirurgiões tratando dessa affecção mostrárão que sob o nome de fungus tem-se designado em muitos casos simplesmente a hernia do testiculo que deve ser separada ou destinguida delle, já pelas causas, já pelo mecanismo de sua formação, já finalmente pelos symptomas que apresenta; e assim pensa que o fungus superficial de Jarjavay não é mais do que uma hernia do testiculo e que só se deve dar o nome de fungus do testiculo a um tumor devido á sahida da massa glandular atravez de uma perfuração da albuginea para fóra da tunica escrôtal.

Ha toda vantagem em dar a essa affecção o seu verdadeiro nome, ou o nome pelo qual ella é designada, e reservar exclusivamente o nome de hernia para quando a protusão do testiculo se manifestar com perfeita integridade da tunica albuginea. Entretanto, feita esta restricção, talvez que não seja de mais aceitar as duas variedades de fungus estabelecidas por Jarjavay, pois que comprehendeis que a massa testicular pode apresentar-se toda no exterior, como se vê em um caso referido pelo mesmo professor e que vem na cirurgia de Richard (fig. 50), ou então só uma parte della seja expellida e venha constituir o fungus superficial. O essencial para que a hernia testicular receba o nome de fungus, é que aquella seja constituida exclusivamente pela grandula seminal em massa sem a tunica albuginea.

Ainda não se conhecem positivamente as causas sob cuja influencia se manifesta o fungus benigno do testiculo.

Como condição especial já vos disse que era preciso que se désse um processo donde resultasse a destruição da albuginea e das tunicas testiculares correspondentes; e alguns acreditão que esses phenomenos só podem ser a consequencia de uma inflammação aguda do testiculo conjunctamente com um fleimão violento do escrôto.

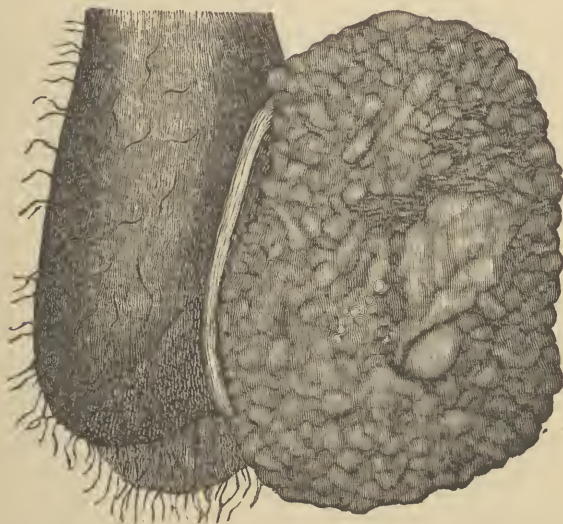



Fig. 50. — Fungus benigno do testiculo em um caso observado por Jarjavay. A massa seminal foi quasi toda expellida atravez de uma larga perfuração da albuginea e das tunicas do testiculo.

No doente que aqui se acha sob a vossa inspecção, derão-se manifestamente phenomenos indicativos de uma inflammação do testiculo e das tunicas que o envolvem, a qual terminou pela suppuração e sahida consecutiva da glandula seminal; mas pela historia do proprio doente não me parece que essa inflammação tenha revestido um caracter violento e agudo.

Em todo o caso, esse processo é por si só insufficiente para explicar o mecanismo d'essa singular hernia do testiculo, por que

mais de um exemplo de orchite parenchymatosa suppurada tenho observado em que igualmente as tunicas do testiculo tem sido invadidas pelo trabalho inflammatorio, e entretanto apezar da exposição da substancia seminal em virtude de dilatação da albuginea não se manifestára o fungus do testiculo.

Já vos referi um caso desta natureza a proposito da epididymite blennorrhagica, e os auctores referem outros da mesma natureza, e naquelle se observára um resultado negativo quanto á formação do fungus testicular.

Parece portanto que deve preceder ao trabalho inflammatorio uma condição morbida especial que se traduz pela tendencia a expellir o testiculo dos seus envoltorios naturaes, e a successão dos phenomenos observados neste doente não me deixa a menor duvida que tem-se ainda aqui um caso de fungus do testiculo cuja causa está ligada a uma manifestação syphilitica que não póde ser senão uma gomma que teve o seu ponto de partida na albuginea, e deu logar a um trabalho inflammatorio e ulcerativo desta membrana e das outras tunicas do testiculo. Tendes pois em minha opinião no fungus benigno uma das formas, segundo o parecer já apresentado por alguns cirurgiões, do sarcocele syphilitico.

Em taes condições a affecção gommosa, tendo primitivamente a sua sede na albuginea, termina por um processo de amollecimento e de ulceração desta membrana que se retrahirá depois do trabalho suppurativo das tunicas escrôtaes, deixando escapar a massa propria do testiculo atravez de seu envolucro fibroso.

No caso de fungus benigno do testiculo, descripto por Jarjavay, e que já vos referi, o exame da peça pathologica deixou vêr a superficie do tumor privada da tunica albuginea, cuja retracção era manifesta bem como perfeita continuidade da saliencia granulosa com a massa seminal (fig. 51).

Desormeaux que não parece partidario da natureza syphilitica do fungus do testiculo, se apoia para isto na observação de um caso d'esta ordem em que o doente não apresentou nenhuma

das manifestações primitivas ou secundarias da syphilis. O fungus teve n'esse caso por ponto de partida um fleimão violento e agudo do testiculo e das tunicas respectivas do escrôto, mas o Dr. Hannequim que refere o facto em sua *memoria sobre o fun-*

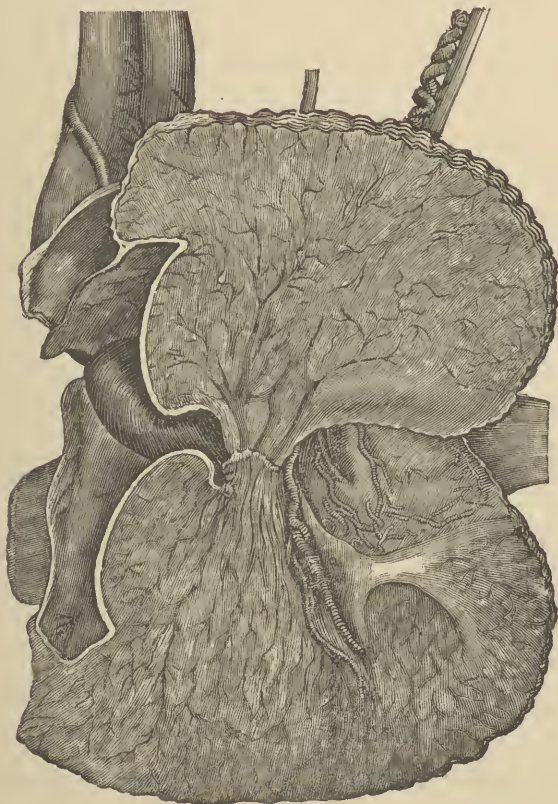



Fig. 51. — Secção longitudinal do fungus benigno destinado a mostrar a continuação directa do tumor com a polpa seminal. Peça preparada como a antecedente por Jarjavay e destinada a mostrar a constituição propria d'essa affecção.

gus do testiculo, é o primeiro a indagar se não teria havido uma larga dilatação ou incisão da tunica albuginea quando se abrio com o bisturi o abscesso testicular de modo que a expulsão da massa seminal se tornasse facil.

Já observei dous casos de fungus do testiculo, e em todos elles a affecção se constituira espontaneamente e os doentes apresentavão signaes evidentes de syphilis.

Aqui na clinica tenho observado não menos de seis casos de tuberculose do testiculo, e em nenhum vi a terminação da affecção por fungus testicular. Entretanto alguns auctores assignalão como causa d'esta affecção a tuberculose testicular.

Sejão porém quaes forem as causas e o mecanismo pelo qual se fórme o fungus benigno do testiculo, o que é bem certo é que essa singular affecção determina a perda infallivel do orgão que cahe pouco a pouco em deliquio ou dissolução de modo que o testiculo no fim de um tempo mais ou menos longo tem desapparecido ou fica reduzido depois da cicatrisação a uma especie de pediculo reunido ao cordão, o qual ora se conserva com o seo volume normal, ora apresenta um diametro mais consideravel e uma dureza manifesta.

Esse processo de eliminação é lento em sua evolução, e antes que elle comece a manifestar-se, póde passar um tempo muito longo, durante o qual o tumor augmenta gradualmente de volume, como se observa no caso que tendes debaixo das vistas, no qual o fungus tem certamente o duplo do tamanho que o testiculo apresenta no estado normal.

A que meios se póde recorrer para combater essa singular affecção?

Não póde haver duvida de que a syphilis representa geralmente um papel importante na producção da molestia; portanto parece que, sendo conhecida a natureza do fungus, poderiamos limitar-nos ao emprego dos meios anti-syphiliticos; mas, como vos disse ha pouco, o fungus traz a perda infallivel do orgão affectado, e nenhuma influencia tem os meios anti-syphiliticos sobre esse resultado: no doente actual tendes um exemplo da inefficacia desses meios a cujo uso está elle submettido ha dias.

Entretanto Brodie, em suas *lições sobre as molestias do testiculo* publicadas em 1833, indica a syphilis como uma das causas do fungus do testiculo, e aconselha o tratamento por meio das preparações mercuriaes, regra que foi seguida desde então por quasi todos os praticos. Eu vos direi comtudo que n'essa época confundia-se com o fungus a protusão ou hernia do testiculo, e não admira que o tratamento pelos anti-syphiliticos désse em taes casos resultado tanto mais favoravel quanto a hernia simples do testiculo tem a maior tendencia para a cura espontanea, e os preparados mercuriaes só apresentão o inconveniente de sua inutilidade. No fungus o emprego d'esses meios não deverá certamente ser esquecido, porque a syphilis representa um papel importante como causa productora do mal, razão que me levou a empregar esse tratamento no meu doente.

Contra o tumor em si todos os cirurgiões desde Bertrandi até Asthley Cooper não tiverão duvida em aconselhar a castração. Sómente esté ultimo cirurgião aconselhava tambem um outro methodo de tratamento para os casos em que o tumor fosse pouco saliente, o qual consistia em destruir as adherencias estabelecidas entre o tumor e o escrôto, em fazer a raspagem ou a ablação das granulações e em reunir a pelle por cima da superficie sangrenta do testiculo.

Nos casos de simples hernia do testiculo o meio cirurgico aconselhado por Asthley Cooper dá muito bom resultado, como já observastes commígo em um doente que entrou o anno passado para a enfermaria de clinica com uma affecção d'essa ordem; mas no caso de fungus, pelo que vos disse, esse meio de tratamento não poderá convir em virtude das alterações por que tem de passar a massa seminifera quando se acha exposta ao trabalho de eliminação que lhe é proprio.

Em vista do que acabei de vos expôr, só ha dois meios de tratamento a adoptar, ou a expectação como aconselhava Brodie, ou a castração.

A expectação, ainda que advogada ou indicada por muitos cirurgiões, é com tudo um meio de tratamento com cujo resultado favoravel não se póde contar, e com o qual os doentes não ficão geralmente satisfeitos. Se o testiculo deve-se eliminar por um processo de desaggregação e esphacelamento de sua massa, o processo para que se dê esse resultado poderá exigir, meus senhores, um tempo excessivamente longo, durante o qual se podem manifestar phenomenos inflammatorios que sejão prejudiciaes.

A castração não é sem duvida uma operação inteiramente innocente, mas incontestavelmente ella traz uma cura mais rapida. Os perigos a que estão sujeitos os doentes não são de um valor que dê logar a que só excepcionalmente se pratique a castração; e a não se querer tentar a cura pela dissecção e reducção do tumor, como o indicou Asthley Cooper, prefiro a castração; e visto que o doente está prevenido de que precisa soffrer esta operação, e aceitou-a, vou sem mais demora pratical-a.

A execução da operação não apresenta, meus senhores, como acabastes de ver, a menor difficuldade. Da parte anterior e um pouco superior do tumor fiz partir uma incisão que foi dirigida para parte inferior até terminar no ponto onde havia começado. A pelle foi disseccada pelos lados e anteriormente até ao ponto de emergencia do cordão; e em volta deste passei a cadeia de um pequeno esmagador de Chassaignac e fiz a sua secção. Eis aqui o tumor depois de seccionado (fig. 52). Raspada a sua superficie, esta mostra-se sob o aspecto de uma massa acinzentada com todos os caracteres dos tubos seminiferos, e só no ponto mais delgado se encontra uma membrana espessa e resistente constituida pela vaginal, e por uma parte da albuginea.

O processo empregado neste caso é aquelle de que mais vezes me sirvo para a amputação do testiculo. Em alguns casos tenho feito a secção de cordão por meio do galvano-caustico.

Abstenho-me de fazer a ligadura em massa antes da secção porque a quéda do fio leva um tempo excessivamente longo, durante o qual o doente fica exposto a hemorrhagias consecu-

Fig. 52. — Fungus benigno do testiculo observado no doente da fig. 49 e destinado a mostrar a continuidade do tumor com a massa seminal. Grandeza natural representando em A o limite da porção saliente ; em B os restos da tunica albuginea e em C o cordão no ponto em que foi seccionado.

tivas e a inflammações no trajecto do cordão. Limito-me a isolar a arteria espermatica e a ligal-a pouco acima do ponto em que tenho de fazer a secção do cordão, e vistes que neste doente não

houve mais do que um insignificante corrimento de sangue em seguida á ablação do tumor, e que parecia provir da veia espermatica, em virtude da côr que elle apresentou.

O professor Vallete de Lyão tratando da amputação do testiculo julga, como eu, que a ligadura em massa de cordão expõe a hemorrhagias, e á phlebite da respectiva veia, e acredita que o esmagador de Chassaignac não livra do primeiro accidente e tem o defeito de necessitar que o doente seja submettido á chloroformisação. Em taes casos aconselha que todos esses processos sejão substituidos pela secção do cordão por meio de suas pinças causticas, pois que a operação não causa dôr e é de resultado certo e livre de qualquer accidente.

Quizera experimentar esse processo de que só recentemente tive conhecimento por meio da leitura das lições que esse professor acaba de publicar; mas não tendo á minha disposição os instrumentos apropriados, me reservarei para pratical-o na primeira occasião afim de comparar os seus resultados.

Vou proceder á união da ferida por meio da costura metallica de pontos separados, e ao curativo respectivo, e em tempo competente vos darei conta dos phenomenos que se manifestarem, e do resultado que fôr observado.

Consequencias da operação. As consequencias da amputação do testiculo no doente de fungus benigno deste orgão, forão lisongeiras: assim no dia 6, ou 24 horas depois da operação, a temperatura marcava 37 gráos, e o pulso 90. A lingua era boa, não havia sêde, e apenas o doente accusava insignificantes dôres na região que tinha sido a séde da operação.

Dia 7.—Pulso 80; temperatura 37,4. O estado geral era satisfactorio, e as dores só se manifestavão quando o doente não guardava o repouso necessario.

Dia 8.—Foi levantado o apparelho curativo e a união da ferida era perfeita. As partes visinhas se achavão ligeiramente infiltradas e sensiveis á pressão. Temperatura 37,4; Pulso 80.

Dia 9.—O doente accusou algumas dores na região inguinal. Foi feito novo curativo, e do angulo superior da ferida correu uma pequena quantidade de liquido sero-purulento. A temperatura e o pulso conservárão-se no mesmo estado.

Dia 10.—Houve ainda algum corrimento de pús pelo angulo superior da ferida. A tumefacção era diminuta, a lingua se achava ligeiramente saburrosa, e o doente declarou que desde o dia da operação não havia evacuado.

Fez-se novo curativo e prescreveu-se um purgativo salino.

Dia 12.— O pús que correu era em quantidade muito pequena e de boa natureza. O doente accusou alguma dôr na região inguinal, mas não havia alli tumefacção notavel. Cahio neste dia a ligadura, e d'ahi em diante a cicatrisação do angulo superior da ferida foi em progresso, tendo o doente no dia 24 a sua alta completamente restabelecido da operação.

SEXAGESIMA PRIMEIRA LIÇÃO

TUMOR SARCOMATOSO DO TESTICULO

SUMMARIO.—Tumor desenvolvido no testiculo direito de um individuo e 41 annos de edade.—Commemorativos fornecidos pelo doente.—Caracteres physicos do tumor testicular.—Não é admissivel a hypothese de um hydrocele, de um hematocele ou de um sarcocele tuberculoso.—Observação do um caso d'esta ultima affecção.—Signaes distinctivos entre o tumor do doente e a orchite chronica ou o sarcocele syphilitico.—Não parece tratar-se senão de um tumor sarcomatoso do testiculo.—Difficuldade de diagnostico entre esta especie de tumor e o sarcocele syphilitico, fibroso e carcinomatoso.—As incertezas do diagnostico tornão vacillante o tratamento a seguir.—Razões em favor da extirpação radical do tumor.—Execução da operação.—Exame do tumor.—Aspecto dos elementos quo o constituião.—O diagnostico parece confirmado.—Justificação do tratamento escolhido.—Questão do prognostico a formular.—O resultado immediato devo ser favoravel.—A reproducção no futuro é admissivel.—Phenomenos consecutivos á operação.—Cura do doente.

MEUS SENHORES,

Aqui se acha em vossa presença um individuo de côr preta, de 41 annos de edade, viuvo, de temperamento lymphatico, e que entrou hontem 15 de Maio de 1875 para se tratar de um tumor do testiculo direito.

Esse individuo refere que ha dous annos recebeu uma pancada sobre esse orgão, experimentando por essa occasião uma dôr intensa que se dissípou no fim de poucos dias. Seis mezes depois começou a notar que o testiculo augmentava de volume, e em taes condições entrou para este hospital, onde o cirurgião a cujos cuidados estivera, o submettera a um longo tratamento constituido pelas preparações mercuriaes e iodadas. O seu testiculo apezar d'isto continuou a desenvolver-se, e então resolveu elle retirar-se do hospital para consultar a outros cirurgiões. Não poude realisar o seu intento por que logo no dia seguinte áquelle em

que sahiu do hospital, notou que o testiculo lhe pesava bastante e era a séde de uma sensação dolorosa extremamente incommoda; por isto tomou a deliberação de voltar para este mesmo estabelecimento, e foi então enviado para a enfermaria de clinica.

Este doente não apresenta nenhum traço de molestia syphilitica; teve em 1853 uma blennorrhagia que terminou em pouco tempo, e ha dez annos tres cancros venereos sobre o freio da glande e rego balano-prepucial, os quaes cicatrizárão no fim de dous mezes, sem ter elle experimentado dôres articulares nem observado mancha alguma sobre o corpo.

Todo o seu mal se concentra no lado direito do escrôto. N'esta região encontra-se com effeito um tumor volumoso regularmente ovoide, bem circumscripto ao testiculo e medindo 88 millimetros de diametro longitudinal e 80 em seu maior diametro antero-posterior. A pelle se acha tensa, lusidía e com as veias salientes, mas ella move-se perfeitamente sobre o tumor, cuja superficie é um pouco desigual,e deixa pela apalpação perceber alguns pontos mais densos e resistentes e outros menos duros ou mais depressiveis. O tumor termina exactamente no cordão, cujos elementos constituintes se apresentão em estado normal. A pressão não desperta grande dôr, e o exame por meio da luz não fez descobrir a menor transparencia. Os ganglios da região inguinal não se apresentão engorgitados.

A fórma do tumor, a sua consistencia e ausencia de transparencia fazem excluir a idéa de um hydrocele, e sómente pela origem traumatica é que se poderia acreditar em um hematocele consecutivo com espessamento da tunica vaginal, mas não é possivel admittir que seja d'esta natureza o tumor pela dureza e saliencias que nelle se notão.

Tambem póde-se pensar em um sarcocele tuberculoso do testiculo.

Ha dous dias entrou para esta enfermaria e occupa o leito n. 22, um individuo de nome Manoel Maria, branco, solteiro, de

25 annos de edade, o qual soffreu de rachitismo na infancia e actualmente se acha com um sarcocele tuberculoso do testiculo direito.

Comparae os caracteres da affecção testicular que elle apresenta com os do tumor que este doente offerece, e não tereis difficuldade em reconhecer as differenças profundas que separão as duas affecções entre si.

O tumor de Manoel Maria é de pequeno volume, de fórma espheroidal, de superficie desigual, duro e resistente na parte posterior, e um pouco mais elastico na parte anterior, onde por meio da pressão se desperta uma sensibilidade maior do que na parte posterior. O cordão apresenta-se duro e nodoso até á sua entrada no annel inguinal. Perto do raphe escrôtal no lado correspondente á porção mais endurecida do tumor existe um pequeno orificio fistuloso, d'onde transuda um liquido sero-purulento em quantidade pouco consideravel. Os tegumentos se achão tensos, luzidios e rubros principalmente ao redor da abertura fistulosa, mas não se apresentão sulcados de saliencias venosas. Uma tenta canula introduzida no orificio cutaneo penetra na profundidade de 3 a 4 centimetros, e o doente accusa bastante dôr durante essa exploração.

A exploração rectal deixou perceber na face postero-inferior da prostata uma porção mais resistente e indolente que se dirigia para o lado da vesicula seminal esquerda, e pela escuta da caixa thoracica percebia-se no apice do pulmão direito que a inspiração era mais prolongada que a expiração.

Nada d'isso se encontra no tumor do doente que se acha em vossa presença; portanto não é possivel suppôr que elle soffra de um sarcocele tuberculoso.

Só a orchite chronica apresenta os caracteres que n'este tumor forão observados; mas em primeiro logar a orchite chronica simples de Curling é uma affecção muito rara e quando se dá o verdadeiro sarcocele syphilitico, por meio do tratamento apropriado

se póde conhecer a natureza da affecção, e vós sabeis que este doente esteve durante bastante tempo no uso das preparações mercuriaes e iodadas, e o tumor longe de diminuir foi gradualmente augmentando de volume; em segundo logar no sarcocele syphilitico ou mesmo na orchite chronica de Curling a superficie do tumor é igual, e não ha uns pontos mais resistentes e outros mais depressiveis.

A' vista das considerações que acabei de vos apresentar, creio que se trata aqui de um tumor sarcomatoso do testiculo.

Não desconheço que o diagnostico entre o sarcocele syphilitico, o sarcocele fibroso, o sarcocele carcinomatoso e o sarcocele sarcomatoso, seja sempre rodeado das maiores difficuldades, e é raro que se chegue ao conhecimento da natureza intima da affecção antes do exame directo do tumor depois de se ter feito a extirpação.

As difficuldades do diagnostico não deixão n'estes casos de tornar vacillante o tratamento que se deve instituir. Não ha vantagem em submetter este doente ao uso das preparações anti-syphiliticas, pois que elle fez uso do xarope de Gibert por mais de vinte dias sem resultado favoravel, o tumor continuou a desenvolver-se em logar de diminuir, e logo que o doente sahio do hospital e andou d'aqui para a sua casa, augmentárão-se as dôres e com ellas a sensação de peso e de tracção que tanto o incommodavão.

Em taes condições não vejo outro recurso senão na extirpação do tumor. Não ha necessidade de demorar por mais tempo a operação; por isto me proponho a pratical-a hoje mesmo.

O doente será submettido á chloroformisação, e logo depois farei uma incisão mediana, como nos casos de hematocele, até chegar á massa morbida, cuja natureza tratarei de reconhecer, e si não tiver duvida que se trata com effeito de um tumor canceroso ou sarcomatoso, praticarei a extirpação da massa morbida.

Foi praticada a amputação do testiculo, segundo as regras que acabei de vos indicar. Feita como vistes a incisão mediana que

não foi alem da superficie do tumor, eu introduzi no centro deste um bisturi, e reconhecendo que se tratava de uma neoplasia morbida do testiculo prolonguei a incisão da pelle até ao annel inguinal externo, de cujo ponto fiz partir uma outra que, passando pelo lado externo do tumor, formou com a primeira um largo retalho cutaneo. A pelle foi com facilidade disseccada, e logo que o tumor

Fig. 53. — Tumor sarcomatoso do testiculo direito de um individuo observado na clinica da faculdade em 15 de Maio de 1875. Cura.

ficou isolado, passei a cadeia do esmagador de Chassaignac em volta do cordão e o cortei logo acima de sua emergencia na massa morbida. Antes de completar a secção prendi-o com um tenaculo, e no fim tive de ligar tres pequenas arteriolas que da superficie seccionada projectárão algum sangue.

Aprecia-se agora perfeitamente bem a forma do tumor (fig. 53). Este, como vêdes, é ovoide, abrange o testiculo e epididymo em

uma só massa, e apresenta uma resistencia elastica, com maior resistencia em alguns pontos do que em outros. Elle se acha envolvido por uma membrana espessa que parece ser constituida pelas duas folhas da vaginal intimamente unidas. A parte do cordão que ficou preso ao tumor não offerece a menor alteração, o que não se daria si acaso se tratasse de um sarcocele tuberculoso ou de uma orchite syphilitica.

Fig. 54. — Tumor sarcomatoso indicado na estampa anterior e incisado longitudinalmente.

A secção do tumor no sentido de seu maior diametro deixa ver que abaixo da vaginal que se acha com effeito espessa e com as suas duas folhas unidas intimamente, se encontra um outro envolucro branco, liso e espesso, formado pela albuginea de cuja face interna transudava algum sangue e partião prolongamentos que formavão lojas encerrando uma substancia de côr branca-amarellada, com o aspecto da massa cerebral (fig. 54). O tumor parecia

constituido por duas partes intimamente unidas, uma inferior mais volumosa pertencente ao testiculo, outra superior de superficie mais desígual e de circumvoluções mais pronunciadas, e que parecia formada á custa do epididymo.

Essa massa branca-amarellada offerecia certa consistencia que não resistia porém á uma pressão mais energica.

Será conveniente para se ter uma idéa exacta da natureza do tumor, fazer o exame microscopico, mas á vista dos caracteres, parece que o diagnostico foi bem estabelecido e que se tratava com effeito de um tumor sarcomatoso do testiculo.

Creio tambem que a resolução que tomei de instituir um tratamento exclusivamente cirurgico encontrará a sua justificação bem definida. Seria correr os azares da felicidade, si procurasse nas fomentações e nos meios internos a resolução do problema clinico que me havia sido imposto pela affecção.

Resta somente agora decidir a questão do prognostico. Si se tratar com effeito de uma affecção de natureza maligna, pode a reproducção ter logar nos tecidos visinhos, nos ganglios ou em ontras partes do organismo. Debaixo deste ponto de vista não deveis ter segurança absoluta no resultado. O doente se acha entretanto em condições de poder passar incolume, pois que não havia nenhum engorgitamento ganglionar, e a extirpação do tumor foi completa.

Quanto ao resultado immediato, conto que elle seja favoravel, por quanto hei de desenvolver todos os cuidados nos curativos, e tratarei de affastar do doente todas as causas que aqui no hospital mais concorrem para a manifestação de accidentes graves depois das operações.

Consequencias da operação. Não se manifestou accidente algum depois da operação. Esta teve logar no dia 15 de Maio.

No dia 20 retirei os pontos, no dia 28 cahirão as ligaduras, e no dia 2 de Junho a cicatrisação estava completa e o doente teve a sua alta.

SEXAGESIMA SEGUNDA LIÇÃO

ANATOMIA E PHYSIOLOGIA PATHOLOGICAS DOS ESTREITAMENTOS ORGANICOS DA URETHRA

SUMMARIO.—Não é commum a verificação das alterações de estructura e textura constitutivas dos estreitamentos organicos da urethra.—Exame das peças pathologicas pertencentes a um individuo fallecido em virtude das perturbações profundas produzidas por estreitamento organico da urethra.—Historia resumida do doente.—Resultado da autopsia feita 12 horas depois da morte.—Alterações encontradas nos rins, urethcres e bexiga.—Secção e exame da urethra.—Analyse da parte estreitada pelo tecido organico —Causa que podia tornar impossivel o catheterismo.—Explicação do regorgitamento das ourinas.—Mecanismo pelo qual o regorgitamento se manifestava no doente.—Formação do tecido que produz os estreitamentos organicos da urethra.—A doutrina da transformação dos tecidos não póde ser aceita.—O tecido novo forma-se geralmente por baixo da mucosa.—Ha excepções.—Organisação do tecido nos estreitamentos inflammatorios e traumaticos.—Condições physiologicas da urethra estreitada.—Consequencias resultantes d'esse estado morbido.

MEUS SENHORES,

Sabeis perfeitamente bem que o canal da urethra póde estreitar-se, e ainda que d'ahi resultem perturbações mais ou menos profundas da economia, as quaes acarretão em tempo mais ou menos remoto a morte dos doentes, todavia como essas perturbações não se manifestão desde logo, não é muito commum que tenhais occasião de verificar as alterações de estructura e textura que trazem ou são acarretadas pelos estreitamentos chamados organicos da urethra ; por isto tambem acho opportuno aproveitar o caso que observamos agora no serviço clinico, para pôr debaixo de vossas vistas as peças pathologicas pertencentes ao doente que fallecera em consequencia das perturbações produzidas por um estreitamento da urethra.

Desde já me apresso a dizer-vos que era tão grave o estado d'este doente quando entrou para o hospital que julguei conveniente abster-me de qualquer intervenção cirurgica, para só limitar-me ao emprego dos meios tendentes a vêr se melhorava as suas condições geraes.

O doente em questão, como estareis lembrados e como acabastes de sabel-o pela leitura da observação, desde que entrou para o hospital impressionava pela profunda alteração de seus traços physionomicos, e pela magreza e prostação de forças que apresentava. A pelle se achava quente e secca; o pulso nimiamente frequente e concentrado; a sêde era intensa, a lingua secca e vermelha na ponta, e saburrosa no centro; o fastio consideravel. O ventre estava tympanico, mas despresivel, e pouco doloroso, mesmo nas regiões correspondentes aos rins, facto que se tornava excepcional, pois que á vista das condições em que se apresentava esse doente, julguei sempre que os orgãos secretores da urina devião soffrer, ou ser a séde de um trabalho inflammatorio mais ou menos agudo, como depois verifiquei pela autopsia. Pelo lado da innervação nada havia; o doente respondia lentamente ás perguntas, mas as suas respostas erão coherentes e lucidas.

O doente ourinava constantemente gotta a gotta; as suas ourinas tinhão um cheiro nimiamente ammoniacal, e vinhão carregadas abundantemente ora de pús, ora de sangue; mas a sua expulsão não era acompanhada ou seguida de dôres. Tentei no primeiro dia reconhecer as alterações que podessem pela historia do doente haver no canal da urethra, e procedendo com a maior cautela para não aggravar o estado do enfermo, consegui sómente levar á bexiga uma véla filiforme, encontrando obstaculo consideravel na parte da urethra correspondente á união da poção bulbosa com a membranosa. Depois dessa exploração não houve aggravação dos phenomenos, e até o doente no dia seguinte me disse que havia ourinado melhor, mas continuando a febre e todos os outros symptomas, de que vos fallei ha

pouco, e não reconhecendo nunca que a bexiga se achasse distendida por urina, visto que a apalpação da região suprapubiana ou do hypogastro na linha mediana, nunca me levou a encontrar tumor algum com os caracteres da bexiga destendida pela urina, não tentei mais o catheterismo senão nestes ultimos dias, devendo accrescentar que não consegui como da primeira vez levar mais a vélinha filiforme á bexiga.

Seja porém como fôr, o doente de dia a dia minado pela febre foi-se depauperando de mais a mais, até que hontem (dia 6 de Maio de 1877) amanheceu com delirio, lingua secca como a de papagaio, vindo em poucas horas a fallecer.

No fim de 12 horas foi feita a autopsia. No cerebro, pulmões e figado apenas encontrárão-se signaes de congestão hyposthatica; mas em todo o apparelho genito-ourinario se descobrirão alterações importantissimas que explicão perfeitamente a morte do doente.

Aqui tendes as peças debaixo de vossas vistas. Os rins, apezar de terem sido conservados no alcool durante 12 horas, apresentão-se com uma molleza insolita e como orgãos prestes a desfazerem-se ou a perderem a sua cohesão. O seu volume parece maior do que o natural. A sua côr é quasi negra na sua face anterior.

Acabo de fendel-os por sua parte convexa e em toda a profundidade, e do seu interior corre um liquido espesso, escuro, fetido, abundante e com todos os caracteres do pús de má natureza. Além disto a substancia cortical está crivada de pequenos pontos amarellados, do tamanho de um grão de ervilha, constituidos por uma massa que se assemelha ao pús concreto como do carnicão.

As paredes da pequena cavidade em que estava essa substancia são forradas por uma membrana delgada e de superficie lisa. O urether do lado esquerdo junto do rin correspondente apresenta-se formando uma bolsa fusiforme, e vede que acabando de ser

dilatado, sahe do seu interior uma materia purulenta, de côr escura e nimiamente fetida. O urether do lado direito, onde o rin offerece diversos abscessos, não apresenta mais do que ligeira consistencia em suas paredes.

A bexiga reduzida ao volume de uma laranja ordinaria foi dividida na parte anterior. As suas paredes tem quasi dous centimetros de espessura. O seu interior no dia da autopsia continha ourina misturada com pús amarellado. Vêde como se achão desenvolvidas as suas columnas. Estas formão saliencias que são mais pronunciadas que o volume de uma penna de ganço. A prostata está visivelmente com os seus lobulos lateraes augmentados de volume, molles e transformados em uma bolsa d'onde a pressão, como é facil de verificar, faz isguichar pelos conductos prostaticos uma materia escura e evidentemente purulenta. A divisão ou secção desse orgão faz descobrir em seu interior muitos fócos purulentos, pequenos e dessiminados em diversos pontos.

Fenderei agora a urethra e os corpos cavernosos por sua face anterior. Uma tenta-canula guia a minha incisão. Chego com ella a 6 centimetros de distancia do meato, e não penetro até á bexiga; procurando entretanto ver se posso continuar com a incisão, observo que o canal neste ponto se acha quasi obliterado; apenas ha um pertuito muito pequeno e que não póde dar passagem á tenta-canula.

Passo então a fazer a secção de traz para diante. Consigo fender a urethra até ao ponto em que esbarrou a tenta-canula contra o obstaculo, e para não desfazer ou destruir qualquer alteração, prosigo suavemente ou por pequenos golpes, e eis que consegui fender toda a urethra (fig. 55). Desde o meato urinario até 6 centimetros de profundidade vêde que não ha alteração alguma nas paredes e nas partes componentes da urethra. A côr desta tende para o roxo cinereo; mas a superficie é lisa, e não ha obstaculo á distensão das paredes do canal nem dos

corpos cavernosos. A orla que existe na superficie seccionada é delgada e quasi imperceptivel. Desde porém os limites

Fig. 55. — Canal da urethra fendido longitudinalmente com a bexiga para mostrar o longo e tortuoso estreitamento de sua parede inferior e a hypertrophia do reservatorio urinario.

indicados até ao começo da porção bulbosa, a superficie da urethra apresenta-se ligeiramente aspera, a sua extensibilidade se acha diminuida grandemente na extensão de 3 centimetros, e as paredes da orla seccionadas apresentão-se espessas, duras e resistentes, fazendo um contraste pela sua proeminencia e espessura com a porção anterior. Uma pequena mancha vermelha que existe no principio da parte coarctada, marca o começo do estreitamento, e constituia o ponto em que vinha esbarrar a ponta das sondas.

Notae além disto que toda a parte coarctada descreve uma curva para a direita, e depois de certo trajecto volta para a esquerda até terminar na porção bulbosa, sendo impossivel pela distenção, mesmo forte, desfazer a curva ou tornar recta essa parte do canal.

Neste facto encontra-se a razão por que levei uma vez com facilidade uma sonda capillar até á bexiga, e quando dias depois pretendi renovar a exploração, nada pude conseguir. Com effeito observa-se agora que, chegando a ponta de uma véla no começo do estreitamento, si aquella não seguisse pela parede posterior e para o lado direito de modo a entrar logo no pertuito insignificante a que o calibre da urethra fôra reduzido, esbarrava contra o obstaculo, e não proseguiria sem romper a urethra. Na primeira exploração a velinha attingio logo o orificio, e na segunda em que me servi de uma de numero mais grosso, nada alcancei pelas razões que acabei de vos expor.

Desde a parte posterior do estreitamento até a porção prostatica vede como se acha dilatado o canal da urethra! Toda a região bulbosa e membranosa ou muscular estava cheia de liquido ourinoso e purulento. Este facto explica o phenomeno de incontinencia que desde o primeiro dia observou-se neste doente.

Não estareis esquecidos do que vos disse, ao observar a sahida constante da urina nesse doente cujo estreitamento era tão

consideravel, que esse phenomeno se dava por meio de regorgitamento e não porque houvesse qualquer paralysia da bexiga, ainda que a isto um espirito pouco reflectido podesse ser levado, em vista da ausencia do tumor hypogastrico formado pela bexiga distendida pela ourina. Em verdade, quando a ourina corre incessantemente e não se encontra a bexiga distendida, é que este orgão se acha affectado de paralysia, mas se encontramos o reservatorio ourinario repleto e a ourina corre incessantemente gotta a gotta, dá-se sahida do liquido por meio de regorgitação. E' um phenomeno semelhante ao que produziriamos, si acaso em um vaso cheio de liquido fôssemos reunir ou ajuntar mais algum liquido: o transbordamento seria inevitavel. E' o que acontece muitas vezes com os individuos affectados de estreitamento: a bexiga ficando cheia, luta para expellir a ourina que encerra, e só póde dar sahida á algumas gottas do liquido; nova porção chega que é lançada para fóra, e assim successivamente, parecendo que o individuo soffre de incontinencia, quando pelo contrario padece de retenção ourinaria!

No doente em questão o phenomeno da sahida constante e gotta a gotta da ourina tinha logar por um mecanismo um pouco diverso. Em primeiro logar deveis ter em attenção a enorme hypertrophia da bexiga e em segundo logar a enorme dilatação da porção bulbo-membranosa da urethra.

Ambos estes factos são explicaveis pela existencia do estreitamento: a bexiga obrigada a lutar contra o obstaculo para expellir o seu conteúdo foi pouco a pouco hypertrophiando-se, e a porção bulbo-membranosa recebendo toda a violencia da onda ourinaria foi pouco a pouco adquirindo grande amplitude e dilatação.

Pois bem: a bexiga hypertrophiada recebia a ourina e a expellia logo para a porção bulbo-membranosa, onde se accumulava, para dali passar gotta a gotta pela parte estreitada da

urethra, de modo que o doente estava a ourinar incessantemente, ora mais ora menos, segundo os esforços que empregava, sem aliás ter nunca a satisfacção e o bem estar do individuo que esvasia completamente a bexiga!

Este orgão não formava nenhum tumor na região hypogastrica; havia na região bulbo-membranosa um reservatorio onde quasi toda a ourina era despejada!

Seja como for, o que convem agora indagar é: 1.° qual a causa da morte do doente; 2.° qual a causa das alterações anatomo-pathologicas que forão encontradas; 3.°, finalmente, qual a natureza do tecido que determinou o aperto da urethra desse doente.

Não ignoraes que o nosso intuito fundamental consiste em curar os doentes que são confiados aos nossos cuidados, e todas as vezes que não conseguimos o resultado que temos em vista precisamos adduzir as razões que se derão para isso, afim de completar a nossa justificação; mas para bem comprehender a causa da morte, permitti que inverta a ordem das questões que estabeleci e que vos diga antes de tudo em que consiste um estreitamento da urethra, ou de que natureza é o tecido que o constitue. Esse tecido branco e nimiamente resistente forma-se por dous modos ou é o resultado de uma inflammação ou trabalho inflammatorio chronico, como o que resulta ou se caracterisa por uma urethrite ou blennorrhagia, ou depende então de um processo cicatricial ou de reparação.

Não tenho provas materiaes para vos dizer o que se passa de verdadeiro em uma urethra affectada de inflammação chronica, senão as que resultão da comparação dos processos identicos que se realizão em outras partes do organismo, e que trazem as mesmas consequencias; portanto o que se conhece a este respeito é que a infiltração plastica que se estabelece em virtude do processo inflammatorio traz como resultado o apparecimento de cellulas cuja organisação termina por um tecido fibroide, e que

passa ao estado fibroso, e cujas propiedades se caraçterisão pela extensibilidade, elasticidade e retractibilidade.

Agitou-se ha tempos a questão que consistia em saber si o tecido do estreitamento provinha da transformação do proprio tecido inflammado, ou si pelo contrario era um tecido novo que substituia o antigo. Pelos conhecimentos que temos hoje do processo inflammatorio, e de suas consequencias, a doutrina da transformação não póde ser admittida nem aceita. O que hoje mais convem saber é si os elementos anatomicos que constituem o estreitamento formão-se por baixo da mucosa que ficaria então livre e com os seus caracteres physiologicos, como quer Alph. Guérin, ou si pelo contrario, como acreditava Dechamp, Lallemand e outros, é nella que se dão as alterações ou se organisa o tecido do estreitamento. Nos estreitamentos traumaticos devidos á um processo de reparação ou de cicatrisação não ha duvida de que a mucosa da urethra apresenta-se alterada, adhere ou entra na constituição do tecido do estreitamento, e em nosso doente em em que a causa productora parece ter sido um traumatismo que o doente ha tempos soffrera, como vistes pela anamenese, não ha duvida de que a mucosa se acha substituida por uma superficie aspera, e que não tem nenhum caracter do tecido mucoso. Nos estreitamentos inflammatorios, porém, os factos referidos por outros cirurgiões parecem proprios a fazer admittir que algumas vezes, ou no maior numero de casos, a mucosa não se funde com o tecido do estreitamento e só se apresenta alterado o tecido submucoso até á substancia do corpo esponjoso da urethra.

Desde que esse tecido se acha constituido, a urethra perde grande parte da sua extensibilidade, como bem podeis aqui apreciar comparando as partes sães e principalmente a parte anterior que é a unica que se acha em condições physiologicas com a porção em que se pode encontrar, pela apalpação, e observar a olho nú, o endurecimento do canal, e então ajuntando-se á essa perda de extensibilidade, a retractibilidade absoluta e constante de que é

dotado o tecido pathologico, e que é tanto mais pronunciada quanto o tecido que forma o estreitamento resulta de traumatismo ou de um processo reparador, teréis a explicação dos phenomenos neste e em outros individuos affectados de estreitamento organico da urethra, e portanto a razão das alterações pathologicas que forão encontradas nos orgãos genito-ourinarios!

Em verdade, meus senhores, nos individuos affectados de estreitamento igual ao do nosso doente, apresenta-se como facto importante e digno de nota o esvasiamento incompleto da bexiga; a urina alli retida se altera, irrita as partes com que se põe em contacto, e produz erosões nos pontos que se achão atraz do estreitamento: dahi as infiltrações ourinarias, ou então a inflammação simples ou suppurativa da prostata, do collo e do corpo da bexiga, e com o tempo a propagação ou extensão da inflammação aos uretheres e aos rins produzindo a *pyelite* ou pyelo-nephrite, causa da morte dos doentes de estreitamento organico, e que determinou a do doente que tem sido objecto destas considerações, cujo valor sómente consiste em apresentar-vos debaixo de uma forma synthetica as mais graves alterações que se podem observar por occasião dos estreitamentos organicos da urethra.

O que admira, á vista de tão profundas e graves alterações de todo o apparelho genito-ourinario, é que o nosso doente tivesse resistido por tanto tempo ás destruições que forão encontradas em ambos os rins e á intoxicação uremica e septicemica que necessariamente d'ahi havião de resultar. Não fui victima de qualquer sorpreza, pois que desde o primeiro dia considerei o caso acima dos nossos recursos quer medicos quer cirurgicos, e a medicação que prescrevi foi somente para não crusar os braços diante da impotencia de nossa arte em casos semelhantes.

SEXAGESIMA TERCEIRA LIÇÃO

DOS ESTREITAMENTOS ORGANICOS DA URETHRA

SUMMARIO:— Exposição dos phenomenos apresentados por um individuo que se queixava de difficuldades na emissão das ourinas.— Os phenomenos descriptos são proprios de um estreitamento organico da urethra.— Meios de reconhecimento da affecção.— Necessidade de reunir os phenomenos subjectivos aos objectivos.— Só se póde formular uma opinião exacta da affecção depois das explorações a que se dá o nome de catheterismo.— Modo de pratical-o.— Divisão do catheterismo em curvilineo e rectilineo, explorador e evacuador.— Instrumentos usados.— Vélas, sondas e algalias.— Preferencia dada ás velas flexiveis e olivares no catheterismo explorador.— Sensações a que se deve prestar attenção.— Verificação da existencia dos estreitamentos organicos da urethra no doente. — Meio de reconhecimento do gráo do estreitamento encontrado. — Estados do canal da urethra que podem induzir a um erro de diagnostico.— Meios de evital-o.— Divisão dos estreitamentos em traumaticos e inflammatorios consecutivos.— Os estreitamentos espasmodicos não podem ser admittidos.— Séde commum dos estreitamentos.— Opinião de Verneuil.— São rarissimos os estreitamentos multiplos.— Parede da urethra occupada pelo tecido do estreitamento.— Propriedades do tecido do estreitamento. — Explicação da difficuldade da emissão das ourinas. — Retenção e infiltração ourinosa.— Mecanismo da formação dos abscessos e fistulas ourinarias.— Prognostico dos estreitamentos organicos da urethra.

MEUS SENHORES,

Eis aqui em vossa presença um doente branco, brazileiro, de 32 annos de idade, solteiro, de temperamento lymphatico e constituição regular, o qual acabou de referir, como ouvistes, que tendo soffrido ha oito annos de um corrimento urethral ou blennorrhagico que persistira em estado chronico por espaço de um anno mais ou menos, começára ha dous annos a esta parte a sentir difficuldade na emissão das ourinas. A principio o jacto era mais ou menos fino, e algumas vezes bifurcado, mas não era acompanhado ou provocado por impulso consideravel e doloroso; depois de algum tempo esse jacto tornou-se mais curto, desafiando esforços mais energicos para expulsão da ourina até que esta começou a ser expellida gotta a gotta, tornando mais

frequentes os desejos de ourinar, e tão grandes forão em uma occasião os esforços que empregára para vencer a retenção que, depois de ter conseguido lançar algumas gottas d'esse liquido, lhe apparecera entre o escroto e o anus, na região do perineo, um abscesso que se abriu espontaneamente e deu sahida com grande quantidade de pus a certa porção de ourina que tem continuado a correr não sò pelas fistulas resultantes d'esse abscesso, como tambem pela urethra. A emissão não é porém executada através deste canal senão debaixo da influencia de esforços consideraveis, e verificastes agora mesmo que, sentindo o doente desejo enorme de ourinar, para satisfazel-o poz em contracção synergica quasi todos os seus musculos, comprimio o penis entre os dedos, e depois de grandes esforços pôde apenas no fim de 10 minutos expellir umas trintas e duas grammas de ourina. Não poderieis ter diante de vós um quadro mais afflictivo das torturas por que passão aquelles que por qualquer circumstancia não podem satisfazer as exigencias impostas pelo orgão vesical no complemento ou realisação de suas funcções!

O facto que tendes debaixo de vossa inspecção representa pois um especimen de uma das mais communs affecções das vias ourinarias entre nós. Mas que affecção é essa?

Não ha nenhum de vós que a desconheça e que deixe de saber que se trata aqui de um estreitamento da urethra complicado de fistulas; entretanto para formular esse diagnostico só tendes a anamenése e os phenomenos subjectivos ou funccionaes que podestes apreciar; e como outras affecções podem provocar a manifestação dos mesmos phenomenos, poderieis cahir em erro si, em todos os casos, vos quizesseis guiar por elles para formular um diagnostico: nem todos os estreitamentos urethraes acarretão os phenomenos que *actualmente* observão-se neste doente, nem se verificão todos estes sob a influencia da causa que aqui os provocou. E' preciso que em todos os casos vos compenetreis da necessidade de pôr em contribuição os elementos do diagnostico

para que este não se resinta das desvantagens e inconvenientes que resultão sempre de um exame superficial. A historia de nossa arte encerra muitos exemplos das mais tristes decepções por que têm passado os que se guião por dados incompletos no estabelecimento dos diagnosticos, e quantos medicos ha por ahi que asseverão a um doente que as difficuldades da emissão das ourinas se achão dependentes de um estreitamento quando o canal da urethra póde por meio de uma exploração feita convenientemente dar passagem á uma grossa sonda!

Tendes aqui e tomastes conhecimento do quadro dos signaes subjectivos ou funccionaes offerecidos por esse doente, mas precisaes em casos identicos adquirir os elementos que vos possão ser fornecidos pelos signaes objectivos ou pelas explorações manual e instrumental.

Examinando-se a região do perineo, observa-se que esta offerece uma superficie desigual, com duas depressões, no centro das quaes se observão dous pequenos orificios de bordas delgadas sem fungosidades e apenas humedecidas por um liquido sero-purulento de cheiro ourinoso. Apalpando-se com os dedos ou tomando-se entre estes o canal da urethra, nota-se que esta offerece certa resistencia e dureza pronunciada desde a parte correspondente á região escrôtal até a uma certa profundidade abaixo da symphyse pubiana. Já por estas explorações podeis pensar que o canal da urethra é a séde de modificações importantes e de alterações, a respeito de cuja natureza ireis formular um juizo mais exacto depois da exploração instrumental a que se dá o nome de catheterismo.

Como e por que meios deveremos pratical-o? Eis ahi uma operação delicada, indispensavel a quem se dedica ao estudo especial das molestias das vias ourinarias, sem consequencias graves, quando bem praticada, mas cheia de perigos e capaz de acarretar por si só os mais graves accidentes, quando é effectuada ou realizada por mãos inhabeis! Não direi com Thompson que se deve

fazer, por occasião do catheterismo, abstracção de todos os conhecimentos anatomicos da urethra, porque, para mim como para todo o cirurgião, a anatomia foi sempre o melhor guia deste em toda e qualquer operação; mas vos farei observar que conhecendo sempre as disposições da urethra, o cirurgião nos casos em que tem de praticar o catheterismo deve guiar-se principalmente por suas sénsações e pelas que experimentar o doente, com a deliberação formada de que o resultado definitivo para ser completo não exige o menor esforço, mas sim toda a delicadeza da parte do cirurgião.

Volvei as vossas vistas para o que acabo de fazer. O doente se acha deitado em decubito dorsal, com a cabeça elevada por um travesseiro, e os braços pendentes ou collocados aos lados do tronco que se acha moderadamente inclinado para diante afim de ter em relaxamento os musculos do ventre; as côxas se achão em flexão sobre a bacia, e as pernas levantadas por um travesseiro afim de retirar os pés de qualquer ponto de apoio que possa favorecer o minimo esforço muscular da parte do doente, a cujo lado esquerdo venho installar-me. E' esta a posição em que me colloco quando tenho de praticar ou executar essa delicada operacão, porquanto não sendo ambidextro, si sou obrigado a examinar o estado da prostata, á medida que dirijo o instrumento para a região curva da urethra e para o collo da bexiga, fico com a mão esquerda livre para levar o dedo indicador dessa mão pelo interior do recto até o ponto em que tem chegado o instrumento no canal da urethra; ao passo que collocando-me ao lado direito do doente, como é preceito formulado por alguns cirurgiões, seria obrigado a dirigir a sonda ou instrumento explorador com a mão esquerda e encontraria por esta fórma menos precisão e clareza na execução das manobras que fosse obrigado a praticar para *attingir a um resultado* bem preciso, e isento de qualquer inconveniente.

Vamos agora proceder á exploração instrumental ou ao catheterismo. Com este nome se designa com effeito uma operação

delicada que consiste em levar pelo canal da urethra um instrumento especial chamado algalia, sonda ou véla, segundo a substancia de que elle é construido, afim de reconhecer-se o estado d'esse canal ou do reservatorio ourinario, e de dar sahida em alguns casos ao liquido alli contido. N'este ultimo caso a operação tem o nome de *catheterismo evacuador*, pois que por meio d'ella só temos em vista retirar a ourina que em virtude de certas circumstancias tem-se accumulado na bexiga e esta ou não se contrahe para expellil-a, ou não póde vencer a resistencia que se oppõe á excreção: no primeiro caso se conseguimos sómente fazer o exame do canal da urethra, sem termos ao mesmo tempo de extrahir as ourinas, o *catheterismo conserva simplesmente o nome de explorador*. Em alguns casos porem o catheterismo é ao mesmo tempo explorador e evacuador, si depois de examinar o estado da urethra, não temos encontrado obstaculo que se opponha á introducção do instrumento competente até á bexiga.

Conforme vos mostra aqui este diagramma, (fig. 56) e como o sabeis, a urethra do homem representa uma verdadeira fenda e não se transforma em canal senão quando as suas paredes são affastadas ou pela columna de liquido impellida da bexiga ou por corpos dilatantes, e ella offerece uma porção movel ou peniana, e uma porção curva e fixa, a que se póde dar o nome de sub-pubio-vesical. Levantado o penis de modo a formar um angulo mais ou menos recto com a superficie do ventre, destruimos o angulo peni-escrôtal, e transformamos a urethra desde o meato ourinario até á parte correspondente ao pubis em uma fenda recta que começa logo adiante ou á pouca distancia do meato por uma parte anterior mais ampla ou mais vasta a que se dá o nome de fossa navicular, e vae terminar na entrada de uma outra porção ou parte tambem mais ampla correspondente á saliencia sub-pubiana do corpo esponjoso chamado bulbo, o qual teve por isto o nome de fundo do sacco do bulbo. E' preciso porém dizer-vos desde já

que a porção curva ou profunda da urethra, a que se estende da parte inferior do pubis até á bexiga, póde ser desfeita por occasião do catheterismo, e assim pois si nos servimos de instrumentos que sigão ou acompanhem a direcção exacta da urethra, dá-se ao catheterismo o nome do *curvilineo*, e si pelo contrario nos servimos de instrumentos que transformão a urethra em um canal recto, designa-se o catheterismo com o nome de *rectilineo*.

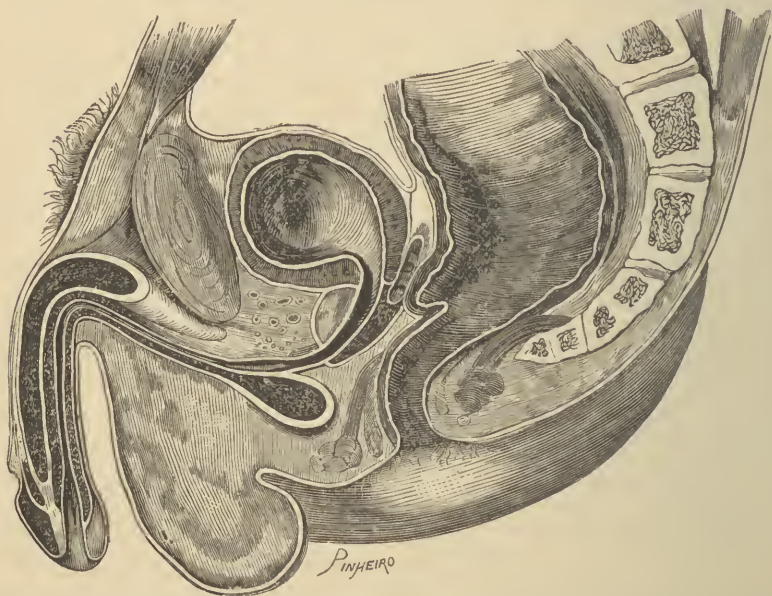



Fig. 56. — Secção antero-posterior e mediana da bacia destinada a mostrar as relações das diversas partes dos orgãos genito-ourinarios entre si. Figura copiada da cirurgia de Richard.

Que genero pois de catheterismo tenho em vista praticar? E' o explorador ou o evacuador? Que especie? E' o curvilineo ou o rectilineo?

Já vos deixei entrever que o catheterismo era aqui todo explorador, e é bem provavel que, si chegarmos com o instrumento até a bexiga, pouca ourina tenha de ser extrahida, pois que felizmente apezar de todos os esforços que emprega para expellir a

ourina, o doente não soffre de retenção ourinaria, nem a bexiga demonstra pela apalpação abdominal que se acha distendida por quantidade de liquido que seja apreciavel. Proponho-me, além d'isto, a praticar o catheterismo curvilineo, porquanto o meu fim

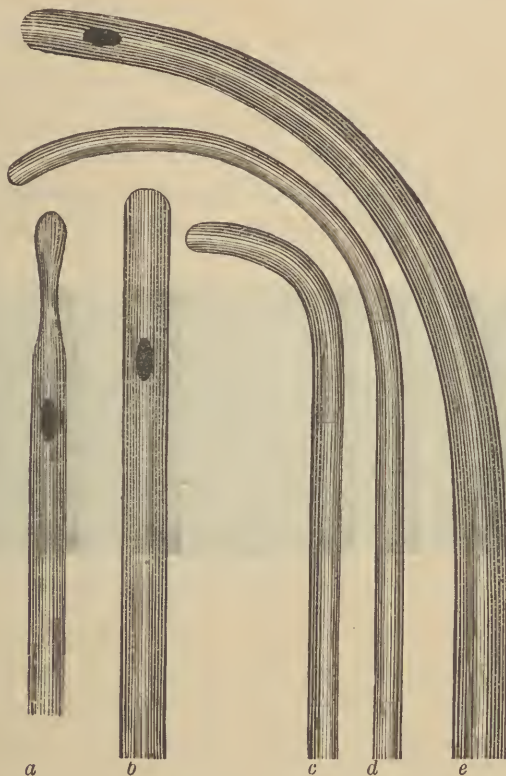



Fig. 57. — Diversas formas de sondas e vélas destinadas as explorações da urethra, sendo em —a— uma véla olivar ; em —b— cylindrica, em —c— de pequena curvatura, e em —d— e —e— com a curvatura das sondas de Gelly de Nantes. Grossura natural.

é explorar o canal da urethra e conhecer com exactidão a causa real das difficuldades que ha tempos o doente sente em expellir as ourinas.

Os instrumentos de que nos podemos servir para essa operação são conhecidos com o nome de algalias, sondas ou vélas (fig. 57).

Estas podem ser metallicas, ou fabricadas com substancias molles e flexiveis como a cêra e a borracha, e por esse modo ellas pois constituem instrumentos que são rigidos ou flexiveis; os primeiros offerecem em uma de suas extremidade uma curvatura fixa, e os segundos ou podem ter essa curvatura, ou adquiril-a em virtude de sua flexibilidade quando é introduzida pela urethra até á bexiga. Algumas sondas ou vélas são ôcas e offerecem de cada lado da extremidade recta ou curva um ou dous olhos ou orificios ovaes destinados a darem passagem a ourina, e outras são maciças. Algumas são cylindricas, outras conicas e outras finalmente olivares. As sondas cylindricas, quer metallicas quer de gomma

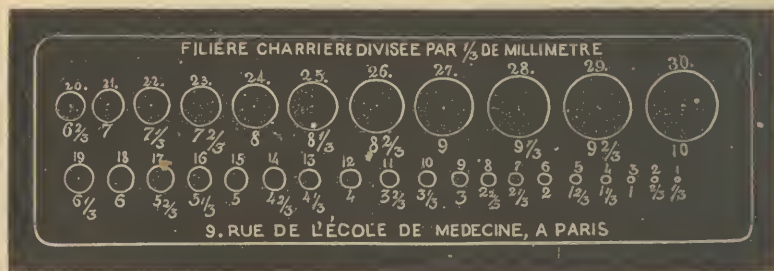



Fig. 58. — Fieira millimetrica destinada a graduar o calibre das sondas e vélas desde 1 até 30 millimetres de circumferencia.

elastica, podem offerecer uma pequena curvatura (letra c) ou uma grande curvatura como as sondas de Gelly de Nantes, (letra e) ou uma curvatura amoldada á da urethra como as de Beniqué. As sondas olivares podem ser de baleia ou de gomma elastica (letra a) e como as cylindricas e as sondas ou vélas conicas, o seu volume ou calibre póde variar entre um até 30 millimetros de circumferencia, o que se verifica por meio de uma escala apropriada que aqui vêdes (fig. 58). A grande precisão que se obtem nas explorações feitas com as sondas ou vélas olivares, exige que o collo da oliva ou ponto de sua união com o resto da sonda seja bastante flexivel para seguir com a maior

facilidade possivel a direcção da curva urethral, e como vos direi d'aqui ha pouco, podendo nós reconhecer por meio da oliva o calibre exacto do ponto estreitado da urethra, sem que possamos ser embaraçados pelo resto do corpo da sonda, o Sr. Guyon, digno successor de Civiale, e um dos mais serios cirurgiões de Paris, fez construir uma longa, flexivel e delgada sonda cylindrica de gomma elastica em cuja extremidade existe uma rosca na qual se póde adoptar uma oliva metallica que tem desde oito até vinte millimetros de circumferencia. E' um aperfeiçoamento da sonda exploradora de cabeça conica de B. Bell e que outr'ora Leroy modificou, mandando fabrical-a com gomma elastica.

Não se emprega indifferentemente qualquer d'essas sondas no catheterismo explorador curvilineo ; cada uma d'ellas tem indicação especial e devem principalmente ser repellidas aquellas que forem rigidas e tiverem uma curvatura fixa, pois que a cada passo o bico ou extremidade vesical da sonda iria esbarrar de encontro ás paredes da urethra e não nos daria sensações bem claras e precisas das condições em que se achassem as paredes do canal.

E' de uma sonda olivar molle e flexivel de 4 millimetros de diametro que vou servir-me para praticar o catheterismo. Talvez julgueis pouco sensato lançar mão de uma véla tão volumosa para fazer o catheterismo de uma urethra que só em jacto interrompido muito fino e algumas vezes gotta a gotta dá passagem á ourina, e não faltarão doentes que em casos taes vos avisem desde logo que será inutil tentar a passagem de uma véla d'esse calibre, quando outras muito finas não poderão passar além do estreitamento ; mas não vos admireis do que vou fazer, e quanto aos doentes aceitai o conselho de Thompson e dizei-lhes, que o vosso fim introduzindo uma véla d'esse calibre ou um pouco mais volumosa é reconhecer com mais exactidão e facilidade o ponto em que existe o aperto urethral, e que só depois é que tereis de examinar o gráo de constricção.

Está pois escolhida a véla que deve servir para o catheterismo. O doente se acha na posição conveniente, assim como já observastes, e achando-me ao lado esquerdo d'elle, prendo com a mão esquerda, tendo a face palmar voltada para cima, o penis de modo a sustentar a base da glande entre os dedos medio e annular, e em quanto affasto com os dedos indicador e pollegar da mesma mão os labios do meato ourinario, com a mão direita applico a ponta da sonda que previamente fôra mergulhada em oleo de amendoas ou untada com um corpo gorduroso, á abertura externa da urethra, e continuando a impellil-a com a maior delicadeza pelo canal, posso leval-a até pouco mais ou menos á porção sub-pubiana, correspondente pela profundidade a que a véla tem chegado á união do fundo do sacco do bulbo com a porção membranosa ou musculosa da urethra. Encontro com effeito n'este ponto um embaraço especial para levar a véla um pouco além. Sinto bem que o obstaculo não depende de um desvio do bico olivar da sonda, e acontece com effeito algumas vezes que chegando-se ao fundo do sacco do bulbo, si a sonda não tem uma oliva bem flexivel, esta póde ir de encontro a essa parte e ahi esbarrar indicando um obstaculo que realmente não existe e que póde ser facilmente vencido, retirando-se um pouco o bico da sonda, e imprimindo suaves e brandos movimentos para que a extremidade d'esta se volte de encontro á parede superior d'essa parte da urethra e entre na porção musculo-prostatica até á bexiga. E depois, meus senhores, não me resta duvida de que a minha sonda exploradora não se desviou do eixo do canal, pela sensação que por ella me foi transmittida de que o seu bico se acha abraçado por um circulo resistente, que não permitte retiral-a como aconteceria se estivesse completamente livre, nem leval-a mais longe. O distincto chefe de clinica, meu collega Dr. Motta Maia a quem acabei de entregar a extremidade externa da sonda, verificou a exactidão da sensação que acabei de vos indicar. Essa sensação toda particular deve ser distinguida de

uma outra sensação de resistencia ou contacto das paredes da urethra contra a sonda e de que nos falla Reliquet em seu excellente *Tratado das operações das vias ourinarias,* e cuja apreciação é muito necessaria a quem se propõe a fazer o catheterismo da urethra.

Não devo ir mais longe, e á toda força procurar agora vencer o obstaculo que encontrei ; a minha persistencia traria como consequencia a irritação das paredes urethraes, sem grandes probabilidades de conseguir um resultado seguro, e com bastante risco de despertar a manifestação de accidentes que poderião ser perniciosos. Tenho por meio d'essa exploração verificado que a urethra offerece provavelmente no ponto correspondente a porção bulbo-membranosa uma constricção ou aperto, traduzido pelos signaes physicos que acabei de vos indicar: resta-me agora verificar o gráo d'essa constricção. Não precisa dizer que si eu levasse essa sonda até á bexiga sem esforço algum, poderia assegurar que o doente não soffria de estreitamento da urethra, e que forão outras as causas que n'elle provocarão as fistulas perineaes; mas não aconteceu o que com effeito observareis em outras occasiões, e aqui mesmo já vistes: um doente que entrou para a enfermaria com um retenção completa das ourinas, no qual praticando o catheterismo e não encontrando nenhum obstaculo permanente na urethra, reconheci então que o accidente havia sido provocado por uma inflammação intensa das partes profundas do canal que determinára por uma acção reflexa uma contracção do côllo da bexiga, contra a qual a contracção d'esse orgão havia luctado em vão até cahir em inercia.

Do doente actualmente debaixo de vossas vistas vou retirar a sonda exploradora e com o intuito de verificar o gráo de estreitamento do canal, a substituirei pela vela cylindrica que aqui se acha, e a cuja extremidade adaptarei a oliva n. 1 de 8 millimetros de circumferencia. Procedendo conforme as regras que já vos indiquei cheguei com esse instrumento explorador até o

ponto a que já me referi; mas não posso atravessar o estreitamento, o que me faz reconhecer que a urethra offerece ali um aperto que tem menos de 8 millimetros de circumferencia ou talvez menos de 3 de diametro. Si ha mais de um estreitamento é o que não poderei agora saber. Si a véla tivesse vencido esse obstaculo, e fosse cahir de encontro a uma outra parte que offerecesse a mesma resistencia, poderia dizer-vos si o aperto era unico ou multiplo, mas na difficiencia ou impossibilidade de levar uma véla capillar além do primeiro obstaculo, dexarei por ora envolto na duvida essa parte do diagnostico, asseverando sómente que se trata de um doente que tem com effeito uma coarctação da porção bulbo-membranosa da urethra complicada de fistulas ourinarias.

Acabastes de ver quaes as regras e preceitos que observei ou segui para reconhecer que este doente soffre de um estreitamento organico da urethra; mas devo desde já prevenir-vos que podem-se a este respeito commetter erros deploraveis, já diagnosticando um estreitamento da urethra quando esta apresenta o seu calibre ou diametro normal, já asseverando a existencia de uma affecção dessa ordem, quando as difficuldades do catheterismo dependem de outros estados morbidos. O homem póde enganar-se, e o erro é partilha de sua natureza finita, mas a irreflexão e o descuido formão a preguiça do espirito e constituem o dote dos ignorantes; acautelai-vos pois contra o primeiro e evitae o segundo. E como fazer? Nas explorações da urethra procedei sempre com muita delicadeza; dae á vela ou sonda uma direcção conveniente; porque do contrario nada mais facil do que esbarrar a ponta della em uma prega da mucosa, em uma das lacunas ou depressões das numerosas glandulas que se abrem nas paredes urethraes, e resultar d'ahi a impossibilidade de leval-a até á bexiga. Praticando bem o catheterismo, ainda chegareis com mais certeza a evitar qualquer erro de diagnostico, guiando-vos pelas sensações de resistencia que a sonda ou vela exploradora

experimenta em sua circumferencia e em sua extremidade mergulhada no canal da urethra.

Algumas vezes o obstaculo á introducção é devido a um corpo estranho como um calculo prostatico ou vesical que foi levado á urethra na occasião da emissão das ourinas, mas já pela historia do doente, já pela sensação de rugosidade que experimentareis quando houverdes introduzido o vosso instrumento explorador, chegareis a formular um diagnostico senão preciso ao menos reservado, e que poderá tornar-se exacto depois de outras explorações.

Lembrai-vos sempre de que quando a vossa sonda passar ou penetrar em um estreitamento organico, a sua ponta é prêsa por um annel elastico que não deixa retiral-a senão depois de algum esforço, ao passo que nos outros estados morbidos que determinão uma atresia da urethra, como o engorgitamento prostatico, os tumores pelvianos etc., a sonda ou vela vos transmittirá a sensação de haver esbarrado de encontro a uma parte ou corpo resistente sem transição entre a região explorada e a que offerece o mais invencivel obstaculo.

Nos commemorativos dos doentes, nos signaes subjectivos e por meio da exploração do recto, e do proprio canal da urethra, e ainda por outras especies de instrumentos, alcançareis os elementos necessarios para o diagnostico differencial entre essas affecções e os estreitamentos organicos da urethra.

No doente que aqui se acha não póde haver duvida no diagnostico. Resta agora saber como se teria constituido a coarctação urethral que elle apresenta.

Sabeis que os estreitamentos se dividem em traumaticos e inflammatorios. Esta divisão deve ser conservada já em virtude da marcha que segue a affecção, quando se liga á uma ou á outra dessas causas, já pelas indicações que em cada um desses casos se tem de preencher ; todavia em ambas as especies a affecção se caracterisa pela formação de um tecido fibroso, elastico e mais ou

menos retractil : a differença fundamental está em que o estreitamento traumatico resulta de uma dilaceração ou destruição mais ou menos extensa do canal da urethra, seguida ulteriormente de um tecido cicatricial, duro, resistente e nimiamente retractil : o estreitamento da outra especie resulta de um trabalho inflammatorio chronico seguido de uma proliferação cellular que se condensa e se transforma em tecido fibroide e depois fibroso, cuja retractilidade não é tão pronunciada como nos estreitamentos traumaticos ou cicatriciaes. Estes comprehendem a mucosa urethral ao passo que no estreitamento inflammatorio ou propriamente organico a alteração se limita geralmente ao tecido sub-mucoso.

Ha ainda uma terceira classe de estreitamento que é o espasmodico. Muitos cirurgiões julgão que, sendo o estreitamento a diminuição permanente do calibre da urethra dependente de uma alteração das paredes do canal respectivo, não se deve admittir estreitamento espasmodico que depende de uma contractura passageira e sem alteração persistente da urethra, assim como não se deve dar o nome de estreitamento do larynge á affecção caracterisada por espasmo da glote.

Convém que haja precisão na linguagem scientifica, e com toda a razão não se devem admittir os estreitamentos espasmodicos, que unicamente por algum obstaculo passageiro na emissão das ourinas, poderáõ ser approximados dos estreitamentos organicos traumaticos ou inflammatorios, e de uma vez para sempre vos direi que quando fallo de estreitamentos inflammatorios não me refiro aos estreitamentos dependentes de uma inflammação activa, aguda ou sub-aguda da urethra, mas aos que são resultantes da formação fibrosa acarretada consecutivamente pelo processo inflammatorio.

Eu vos disse que neste doente havia um estreitamento que, pela profundidade a que a véla exploradora tinha chegado, me parecia achar-se na porção bulbo-membranosa da urethra, não podendo dizer si havia mais de um ponto estreitado, nem que

extensão apresentava o estreitamento, porque não pude ir além daquelle ponto.

E' com effeito nessa região da urethra onde se encontrão mais frequentemente os estreitamentos organicos, e, como sabeis, as inflammações blennorrhagicas que são a causa mais commum dos apertos urethraes, se encaminhão successivamente da porção peniana para as regiões mais profundas da urethra, e ahi se fixando por tempo mais ou menos longo provocão a proliferação cellular e a formação do tecido proprio do estreitamento. Em alguns casos a alteração organica pode ter a séde na porção recta ou peniana da urethra, e o professor Verneuil acredita que os estreitamentos desta região são mais frequentes do que se pensa geralmente, e si não são reconhecidos é porque deixão passar as velas exploradoras com mais facilidade, as quaes esbarrão depois na porção bulbo-membranosa com outra coarctação que então é referida por ter a outra passado desapercebida. Desde que o professor Verneuil chamou a attenção dos cirurgiões para esse ponto da pathogenia dos estreitamentos organicos da urethra não me tenho esquecido de verificar até que ponto de exactidão chegaria a proposição que fôra avançada, mas não pude ainda encontrar a frequencia assignalada por esse professor. Tenho observado alguns casos de estreitamento da porção peniana da urethra e até do meato ourinario, mas não ha comparação entre a frequencia destes estreitamentos e a dos apertos organicos da porção membranosa da urethra.

Geralmente os estreitamentos são em numero de um a dous; raramente chegão a tres. Essas historias de 6, 8, 10 ou 20 estreitamentos são factos apocriphos, ou filhos da imaginação exagerada dos falsos apostolos de nossa profissão. Tenho encontrado urethras estreitadas por um tecido organico desde o meato ourinario até á porção membranosa, mas estreitamentos separados pela interposição de tecido em estado normal nunca observei mais de dous em uma mesma urethra.

E' na parede inferior de canal urethral onde mais vezes se encontrão os estreitamentos organicos. Elles podem occupar as paredes lateraes e mais raramente toda a circumferencia da urethra, de modo a formar um annel duro e resistente em volta do canal.

Em regra geral a alteração limita-se a um ponto de 5, 10 ou 15 millimetros; outras vezes é bastante extensa, e póde até occupar, como já vos disse, grande porção das paredes da urethra.

Esse tecido fibroide, fibroso ou fibro-cellular que fórma os estreitamentos apresenta propriedades de retractilidade e extensibilidade que nunca deveis perder de vista não só para a comprehensão de alguns phenomenos mui curiosos que se observão nos individuos affectados de estreitamento, como para a instituição do melhor tratamento a empregar.

Os alumnos que não conhecem ainda o valor das propriedades inherentes ao tecido dos estreitamentos, suppõem que a emissão das urinas é difficil porque esse tecido fecha o canal da urethra como um corpo estranho, quando pelo contrario essas difficuldades dependem exclusivamente da retractilidade de que goza o tecido do estreitamento, e faz com que a urethra neste ponto não se possa dilatar para dar passagem á ourina. O tecido morbido não fórma saliencia na superficie interna da urethra, mas pela retractilidade condensante e ao mesmo tempo elastica de que goza, elle congrega ao redor de si os tecidos vizinhos, nos quaes diminue por esse modo a extensibilidade que lhes é propria, e augmenta as difficuldades de micção.

E' em virtude d'essa acção particular do estreitamento que este doente ourina gotta a gotta e depois de esforços inauditos.

Quando a extensibilidade do tecido é igual á rectractilidade ou se revela em maior grào do que este, o doente ourina com esforço e chega por meio de um jacto fino ou de um corrimento mais ou menos longo da ourina a expellir todo o conteúdo da

bexiga ; mas ha sempre uma lucta entre o reservatorio ourinario e o tecido do estreitamento, o que dá em resultado a hypertrophia d'aquelle orgão, e a retractilidade do estreitamento augmentando sempre faz com que a bexiga, como já vos disse, não se esvasie em totalidade, ou que em um esforço violento a urethra se dilacere atrás do estreitamento e por alli se infiltrem algumas gottas de ourina que provocão logo um trabalho inflammatorio mais ou menos intenso, agudo e destruidor, segundo a extensão do processo e o ponto da urethra em que teve logar a infiltração ourinosa.

Essa ruptura da urethra e a infiltração consecutiva da ourina não dependem tanto da pressão da onda liquida, como principalmente da irritação inflammatoria e de certa maceração ou amollecimento da mucosa urethral pela ourina que por muito tempo ficou retida atràz do ponto estreitado, e passa por alterações já alli, já na bexiga, as quaes lhe dão uma propriedade irritativa muito pronunciada, que vae exercer uma acção malefica não só sobre a bexiga, uretheres e rins, como sobre o proprio canal da urethra.

Na maioria dos casos a ruptura da urethra é diminuta ou pouco extensa, de modo que uma gotta de ourina por alli se infiltra, e irritando as partes circumvizinhas determina um trabalho inflammatorio que se estende segundo o ponto em que se deu a ruptura urethral para o perineo (fig. 59) para o escrôto, para a região pubiana ou para a região abdominal, terminando rapidamente pela suppuração ou formação de abscessos que se abrem ou são dilatados, e poem por este modo em communicação a urethra com o exterior. Si o caminho é franco a ourina passa em grande parte por alli e em breve tempo o abscesso se transforma em um trajecto fistuloso permanente; si porem a irritação inflammatoria produzida pela infiltração da primeira gotta de ourina cessa, o abscesso póde desapparecer obliterando-se por tecido de nova formação, e a fistula se cicatrisa para ser substituida

por outra, ou então o canal fistuloso principal, não dando passagem a toda a ourina que para alli é impellida, faz com que esta se infiltre pelos pontos vizinhos e dê logar a novos abscessos na visinhança ou mais distantes da abertura primitiva, de modo a se encontrar o perineo e o escrôto não só crivados de fistulas como alterados em sua estructura, e transformados em tecidos duros e resistentes resultantes dos diversos processos inflammatorios que alli se tem desenvolvido.

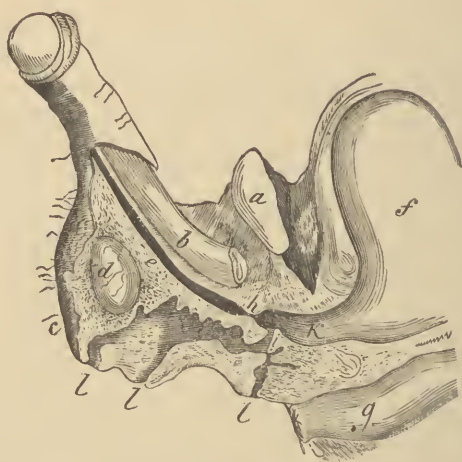



Fig. 59. — Diagramma destinado a mostrar o mecanismo das fistulas ourinarias perineaes. A letra a indica o pubis; b o corpo cavernsso; c o escrôto; d o testiculo; e a urethra adiante do estreitamento; f a bexiga; g o recto; h a coarctação; i o orificio interno da fistula; k a parte profunda da urethra dilatada; l, l, l, as aberturas externas da fistula.

Foi por um mecanismo desta ordem que provalmente se formárão as fistulas que se encontrarão neste doente sujeito á vossa observação e estudo, com a differença de que a infiltração ourinaria foi limitada e só deu logar a duas fistulas do perineo.

Quando a ruptura da urethra é extensa e que a ourina se póde infiltrar com facilidade, a destruição póde ser enorme, e produzir

a mortificação do escrôto e do tecido cellular da bacia e das paredes abdominaes, conforme a região da urethra em que houve a infiltração, e segundo a direcção para onde foi impellida a ourina.

Os casos desta ordem não são, meus senhores, felizmente frequentes; o que se observa mais vezes é um estado semelhante ao deste doente.

Não se segue dahi que o caso em si não seja de grande importancia; não.. Um estreitamento organico é sempre uma affeccão grave e que póde dar logar a accidentes immediatos ou remotos bem funestos.

Ainda mesmo que nunca se dessem aqui essas extensas ou vastas infiltrações ourinosas que quasi sempre terminão pela morte, a bexiga hypertrophiada pela lucta ou actividade incessante em que vive para expellir a ourina, poderia ser a séde de uma inflammação suppurativa provocada pelas alterações e decomposição do liquido ahi retido, e essa inflammação, propagada aos uretheres e aos rins, viria por fim destruir a estructura desses orgãos, e dar logar a phenomenos uremicos de uma gravidade excepcional.

A vida de um homem affectado de estreitamento organico da urethra é sempre cercada de perigos, e de um momento para outro está sujeita a accidentes que a fazem correr os maiores riscos e torturas, dos quaes o maior por certo não será a retenção completa das ourinas!

Já vêdes pois, meus senhores, que tudo se deve fazer para restituir á urethra a capacidade senão normal ao menos que permitta o exercicio franco de um dos mais importantes actos funccionaes.

De que meios deverei lançar mão?

Na seguinte conferencia procurarei resolver esta questão.

SEXAGESIMA QUARTA LIÇÃO

TRATAMENTO DOS ESTREITAMENTOS ORGANICOS DA URETHRA

Summario:— Os meios internos não têm acção contra os estreitamentos organicos da urethra. — Os meios cirurgicos formão quatro methodos principaes representados pela cauterisação, dilatação, urethrotomia externa e urethrotomia interna.— Modo de execução dos diversos processos do methodo de cauterisação.—Processo da galvano-caustica chimica ou electrolyse —Emprego deste processo em dous doentes da clinica.— Sua inefficacia.— A dilatação é methodo geral ou complementar de todos os outros meios cirurgicos empregados nos apertos da urethra.— Meios de que se lança mão.—A dilatação comprehende quatro processos.— Voillemier reduz a dous processos principaes.—Não ha vantagem nisso.—Modo de execução da dilatação vital ou permanente, da dilatação progressiva, lenta ou rapida, da dilatação forçada, e da dilatação instantanea ou divulsão.—Descripção de cada processo.—Dilatador de Perréve.— Modo de acção.—Divulsor de Voillemier.— Descripção deste instrumento.— Difficuldades que se encontrão na operação.—Apreciação pouco satisfactoria do manejo do instrumento.—Vantagens incontestaveis da divulsão pelo novo divulsor do professor Léon Léfort.—Descripção desse divulsor.—Apreciação dos resultados obtidos por esse processo de dilatação.— Apreciação em geral de cada processo de dilatação.— Motivos que contra-indicão o methodo da dilatação no doente que soffre de aperto organico da urethra.— Preferencia dada á urethrotomia.— Definição de urethrotomia.— Sua historia.—Influencia de Reybard na adopção deste methodo.—Urethrotomia interna e externa.—Instrumentos propostos para a execução da primeira.—Generalisação da urethrotomia pelos instrumentos de Maisonneuve.— O doente será tratado por este processo.— Casos em que seria admissivel a urethrotomia externa.

Meus Senhores,

Na conferencia de hontem (7 de Maio de 1877) eu vos prometti, á proposito do doente no qual verifiquei a existencia de um estreitamento organico da porção bulbo-membranosa da urethra, complicado de fistulas ourinarias do perineo, indicar os meios que o cirurgião tinha á disposição e que eu devia empregar para curar esse individuo.

Vou accupar-me desse assumpto, e se me restar tempo praticarei a operação que me parecer indicada, pelas razões que em occasião competente vos apresentarei.

Nunca deveis esquecer de que os estreitamentos organicos da urethra não cedem aos meios internos, por isso todos os cirurgiões recorrem a certos meios operatorios. Estes se dividem em quatro methodos principaes que consistem na *cauterisação*, *dilatação*, *urethrotomia interna* e *urethrotomia externa*.

A cauterisação é o mais antigo dos methodos de tratamento dos estreitamentos da urethra, e nasceo da supposição que tinhão os cirurgiões antigos de que as coarctações urethraes dependião de carnosidades ou fungosidades que alli se manifestavão. O seu emprego foi preconisado por grandes cirurgiões, como Amatus Lusitano, Ferri, Ambrosio Paréo, Hunter, Wisemann, Everard Home, Delpech, Ducamp e Lallemand. Nos tempos modernos esse methodo de tratamento tem cahido em desuso e sido geralmente abandonado; todavia creou-se recentemente um processo de cauterisação por meio da galvano-caustica chimica que tem tido os seus partidarios, e cujos resultados são por estes grandemente apregoados.

A cauterisação consiste, meus senhores, na applicação regular e calculada de certos agentes ou substancias sobre o tecido morbido que dá logar ao estreitamento urethral.

Os agentes ou meios escharoticos podem ser levados ou directamente sobre o tecido do estreitamento ou lateralmente de modo que este seja destruido da face interna para a externa.

No primeiro caso servia-se Hunter de suas vélas armadas, em cuja extremidade existia um pedaço de nitrato de prata por tal modo cercado da composição emplastica de que ella era formada, que apenas apparecia uma pequena porção em sua extremidade vesical. Depois que se reconhecia a séde do estreitamento e a distancia que o separava do meato ourinario, introduzia-se essa véla até pôl-a em contacto com o tecido alterado, e alli deixava-se permanecer por espaço de meio minuto, pouco mais ou menos. Como, porém, se vê, nessa applicação era comprehendida toda a parte sã da urethra áquem do estreitamento, e os máos

effeitos que dahi provinhão fizerão com que se inventassem diversos instumentos que só apresentassem a substancia escharotica, quando tivessem diante de si o tecido do estreitamento.

Desses instrumentos os mais usados forão os de Leroy d'Etiolles e os de Loiseau, os quaes hoje se achão abandonados, por isso que a cauterisação directa póde ser seguida de inflammação em grande extensão da urethra, com espasmos dos musculos do collo da bexiga, e hemorrhagia algumas vezes abundantissima ; além de que não destróe o estreitamento, e póde dar em resultado uma alteração das paredes da urethra, a qual torna-se origem de nova coarctação.

A cauterisação lateral, que consiste em limitar-se a acção dos causticos ao ponto alterado, foi um processo que teve muitos partidarios, e para o qual se inventárão diversos instrumentos, entre os quaes figurão o porta-caustico de Ducamp e o de Lallemand.

Com qualquer destes instrumentos, cujo mecanismo vos é conhecido, póde-se applicar o nitrato de prata ou a potassa caustica sem que se destrúa mais do que o tecido do estreitamento ; mas, como comprehendeis, para se praticar a cauterisação lateral é preciso que o ponto da urethra estreitado seja previamente dilatado para dar passagem ao porta-caustico, e si esse resultado póde ser obtido, já de nenhuma vantagem se torna a cauterisação, pois que em virtude della não destruimos com toda a certeza o estreitamento, e si o fazemos é á custa de uma perda de substancia, com a formação ulterior de um tecido cicatricial que virá de novo estreitar a urethra, si esta antes não tiver sido a séde de uma inflammação, que haja invadido em uma extensão mais ou menos vasta as paredes do canal e dado logar á abscessos e á fistulas ourinarias, senão a uma hemorrhagia violenta com todas as suas consequencias mais ou menos graves.

Estes resultados não são phantasticos, e si em alguns casos a cauterisação pareceu ser de alguma vantagem, esta não poude

recompensar os revezes, pelo que mesmo os seus maiores defensores procurárão, como Lallemand, reprimir o enthusiasmo que se manifestou, de modo que esse methodo não passa hoje do dominio historico, deixando ao mesmo tempo fóra de duvida que o resultado favoravel consignado em muitos casos dependia, ou era devido ao emprego concumitante da dilatação por meio de velas ou sondas metallicas.

A' vista do que acabo de vos dizer não posso destruir o estreitamento do meu doente por meio da cauterisação, como vos descrevi.

Resta, porém, ainda o tratamento por meio da electrolyse ou da galvano-caustica chimica, imaginado por Crusell na Russia, preconisado por Ciniselli de Cremona e pelos Srs. Mallez e Tri-

Fig. 60. — Sondas para a applicação da electrolyse no tratamento dos estreitamentos organicos da urethra.

pier e de que alguns cirurgiões entre nós se tem mostrado partidarios enthusiastas.

Este processo de cauterisação consiste na destruição do estreitamento pela electricidade. Os instrumentos necessarios compõem-se de uma pequena machina de 12 elementos e que funcciona por meio de uma solução de bisulphato de mercurio, e de uma sonda metallica delgada terminada em uma extremidade por uma porção mais grossa munida de um orificio de um centimetro de profundidade, e na outra por uma oliva ou cone de 12 a 16 millimetros de circumferencia e revestida em todo o seu comprimento, com excepção dessas duas extremidades, de uma camada de gomma elastica para proteger as paredes do canal da urethra (fig. 60).

Introduz-se essa sonda na urethra até que o botão conico ou olivar metallico tenha chegado ao ponto estreitado do canal, e procede-se á destruição do tecido morbido applicando-se o reophoro do pólo positivo da machina sobre a côxa e separado da pelle por dous ou tres discos de panno ou de agarico molhado, e o negativo no orificio ou excavação da extremidade externa da sonda, e, assim fechado o circuito electrico, vai-se pouco a pouco impellindo aquella de encontro ao estreitamento até que este tenha sido destruido e a sonda transponha a coarctação sem difficuldade.

A sessão não dura mais de 5 a 10 minutos, e, segundo os inventores deste processo, não precisa geralmente mais de uma sessão para que o estreitamento seja destruido. Accrecentão ainda que não ha receio de qualquer accidente, nem que o estreitamento se reproduza depois da queda da eschara, por que a cicatriz é delgada e não goza de nenhuma retractibilidade.

Seduzido pela leitura dos trabalhos de Mallez e Tripier, de Baptista Campos e de Palomeque, em que se apregoão vantagens admiraveis resultantes da applicação da galvano-caustica á cura dos estreitamentos organicos da urethra, tratei com o concurso de meu habil collega o Dr. Mendonça Ribeiro de empregar esse meio nos doentes de estreitamentos organicos da urethra, que aqui apparecerão no começo do anno de 1875. Fiz applicação desse processo em tres doentes e em nenhum pude conseguir a destruição do estreitamento, ainda que tivesse feito em cada um mais de uma sessão e que mais de uma vez esta durasse 20 minutos.

Talvez que o insuccesso dependesse da má applicação; todavia farei observar que na Inglaterra, em França e na Allemanha onde frequentei o serviço clinico dos mais notaveis cirurgiões, no periodo decorrido de Outubro de 1871 a Maio de 1872, nunca vi uma só vez applicar-se a electrolyse á cura dos estreitamentos organicos da urethra, e entre nós, com excepção do

Sr. Dr. Fragoso, não ha nenhum cirurgião sério que tenha colhido vantagens por meio desse processo.

O meu distincto collega e amigo o professor Pereira Guimarães em uma memoria que acaba de publicar ácerca do tratamento dos estreitamentos da urethra termina o artigo a respeito da electrolyse pelas seguintes palavras: « sou de opinião que este meio não merece confiança. Estou longe de acreditar nas curas aqui annunciadas, tanto mais quanto nenhum dos doentes foi apresentado a uma associação scientifica para reconhecer-se qual o grão de dilatabilidade obtida pelo canal, nem tão pouco se publicárão as observações em revistas scientificas.»

A *dilatação* é um methodo de tratamento tão antigo como a cauterisação e que sempre deveis ter presente no espirito para empregal-o já como meio geral e preferivel a todos os outros, já como meio necessario e complementar de todos os methodos conhecidos.

Esse methodo consiste no afastamento ou distensão do tecido morbido dos estreitamentos, exercido por meio da introducção na urethra de sondas, vélas ou de apparelhos especiaes.

As vélas e sondas são os instrumentos empregados para a dilatação propriamente dita, e ainda que julgue não haver nenhum entre vós que não conheça o que seja uma sonda ou uma véla, entretanto vos direi que os corpos dilatantes da urethra mais usados são as vélas de gomma elastica, de balêa, de cêra, de tripa, e de marfim, ou então de estanho e de metal inglez. As primeiras quasi sempre são conicas ou olivares, ôcas ou solidas, rectilineas, ou ligeiramente curvas, com um comprimento de 15 a 18 pollegadas, e com um diametro de um terço até dez millimetros, e algumas dellas têm o poder de se dilatarem no estreitamento pela absorpção da humidade do canal. As segundas, chamadas tambem algalias, são de metal inglez ou de prata, ôcas, e munidas de dous olhos para darem passagem á ourina, quando chegão á bexiga. O seu comprimento é o mesmo que o das vélas; mas o seu diametro

é maior do que o das vélas de gomma elastica, de balêa ou de tripa.

A dilatação comprehende quatro methodos principaes, distinctos em dilatação *vital* ou *permanente*, dilatação *progressiva*, *lenta* ou *rapida*, dilatação *brusca* ou *forçada* e dilatação *instantanea* chamada tambem *divulsão*

Voillemier estudando a acção dos diversos methodos de dilatação os reduzio sómente a dous; ao primeiro dos quaes deu o nome de dilatação inflammatoria-atrophica e ulcerativa, e ao segundo o de dilatação mecanica.

Todas essas divisões, meus senhores, podem ser muito justas e firmadas em principios inconcussos de physiologia pathologica, mas julgo ainda preferivel a classificação antiga tal como vos indiquei incluindo o methodo da divulsão.

1.º A *dilatação vital* ou *permanente* consiste em passar uma véla ou sonda pelo estreitamento, percorrendo toda a urethra até á bexiga e ahi fixal-a por muitos dias ou até que fique frouxa no ponto correspondente á coarctação.

2.º A *dilatação progressiva* consiste na introducção de vélas ou sondas progressivamente maiores, ou em uma mesma sessão ou em dias successivos, até que se tenha restituido á urethra o seu calibre normal; e assim, ou o dilatação póde ser lenta ou mais ou menos rapida. A dilatação progressiva póde ser tambem vital logo que se deixar em permanencia a ultima sonda ou véla levada pela urethra até á bexiga.

Quer para a dilatação vital quer para a progressiva introduz-se na urethra uma véla que esteja em relação com a capacidade do estreitamento; e si a que tivermos escolhido não puder passar procura-se uma outra de menor diametro, e depois de a ter oleado trata-se de introduzil-a com lentidão até que penetre no estreitamento, passe mesmo por elle e vá á bexiga. Se a véla fôr de encontro ao estreitamento, e não puder alli introduzir-se, deve-se retiral-a um pouco para fóra, e por meio de ligeiros movimentos

em espiral, e feitos com brandura, é preciso procurar introduzil-a de novo.

Quando o estreitamento fôr muito pronunciado para offerecer obstaculo á passagem de uma véla fina, podemos servir-nos do conductor de Ducamp, usar das vélas entortilhadas de Leroy d'Etiolles, ou encher, como fazia Beniqué, o canal da urethra com vélas mui finas, até que uma dellas tenha penetrado no estreitamento, ou então introduzir uma véla grossa até ao ponto do estreitamento, como recommenda Mercier, e aproveitar da dilatação do orificio para introduzir uma véla fina. Este meio, e a introducção de uma véla de balêa muito fina e terminada por uma pequena oliva são os que me tem dado melhor resultado.

Si entretanto não se poder por nenhum meio levar uma véla atravéz do estreitamento, e não se der retenção das ourinas, deve-se adiar o catheterismo para o dia seguinte, ou para dahi a algumas horas, e aconselhar ao doente o uso dos banhos mornos prolongados, e as fomentações emollientes.

Quando depois de introduzida a véla, tem-se em vista praticar a dilatação vital ou permanente, abandona-se aquella no canal por espaço de 2, 3, 4, 5, e 8 dias, até que ella deixe de soffrer a menor constricção do estreitamento; e no fim então se substitue por outras vélas progressivamente mais grossas, até que o canal no ponto estreitado tenha adquirido um diametro de 7 a 9 millimetros. Quando porém se tem em vista praticar a dilatação progressiva e rapida, deixa-se a primeira véla no canal por espaço de 5, 10, 15 minutos, e quando muito, 24 horas, para diariamente substituil-a por outras de calibre progressivamente maior até que o canal tenha adquirido a capacidade natural. Si nas dilatações successivas não poder-se passar uma véla mais grossa do que a que fôra introduzida no dia antecedente, é preciso de novo passar esta, deixal-a por alguns instantes no canal e procurar então introduzir a de calibre immediatamente maior.

Para se proceder a este respeito com toda a segurança convirá graduar ás vélas pela fieira metrica, de que já vos fallei (pag. 490 fig. 58), e cujos orificios augmentão gradualmente, como sabeis, de um terço ou de um quarto de millimetro.

Emfim, quando a dilatação está adiantada e permitte que se leve ao canal uma véla de 14 millimetros de circumferencia póde-se completar o tratamento por meio das sondas metalicas de Beniqué, as quaes prestão-se admiravelmente a uma introducção rapida no canal da urethra, já pela sua curvatura, já pelo peso e flexibilidade de que são dotadas.

3.° A *dilatação forçada*, imaginada e posta em pratica por Mayor de Lausanne, consiste na introducção de sondas volumosas no canal da urethra, com o fim de produzirem a distensão brusca e rapida do estreitamento qualquer que seja o diametro deste.

O inventor desse methodo exagerando as vantagens da dilatação forçada chegou á conclusão paradoxal de que tanto mais pronunciado era o estreitamento quanto mais volumosa devia ser a sonda que se tivesse de empregar.

A' parte toda essa exageração, quem tem tratado com certa particularidade desse ramo da cirurgia, não desconhecerá certamente que muitos estreitamentos rebeldes durante muitos dias á passagem ainda que seja de uma véla filiforme introduzida com toda a paciencia e segundo os processos classicos indicados pelos auctores, cedem á pressão de uma sonda de 18 a 20 millimetros da escala Charrière.

Tenho tido mais de um caso dessa ordem em que com effeito si não seguisse os principios estabelecidos por Mayor de Lausanne, com a restricção conveniente, não conseguiria a cura de meus doentes a menos que recorresse á urethrotomia externa sem conductor que para mim é o mais incerto e perigoso de todos os methodos de tratamento dos estreitamentos organicos do canal da urethra.

Sei tambem que se consignão casos em que a dilatação forçada tem dado logar, como succedeu a A. Bérard e a alguns outros praticos, a vastas rupturas da urethra e a outros accidentes gravissimos, mas nem por isto a dilatação forçada póde ser condemnada, e estou firmemente convencido de que sem ella não teria surgido o processo de dilatação forçada de Perrève, nem o processo aperfeiçoado da mesma natureza a que se dá o nome de divulsão, cujas vantagens são tão manifestas que com esta só póde ser posta em parallelo a urethrotomia pelo processo de Maisonneuve.

Fig. 61. — Dilatador de Perrève. O instrumento inferior se acha com as duas valvulas separadas entre as quaes se vê uma haste destinada a guiar a sonda metallica que está representada na parte central da estampa. O instrumento superior indica o dilatador com todas as suas peças.

Perrève imaginou para a dilatação forçada e rapida dos estreitamentos um instrumento (fig. 61) formado de duas valvulas de aço, as quaes reunidas dão a este a configuração de uma sonda solida de calibre muito delgado e de pequena curvatura. Esse instrumento é introduzido na urethra até que tenha transposto o estreitamento, e logo em seguida se insinúa uma sonda appropriada entre as duas valvulas de modo a afastal-as no gráo que se julgar conveniente.

Essa operação é repetida no dia seguinte, e assim successivamente até que a urethra tenha adquirido a dilatação necessaria.

Com igual intuito têm sido inventados muitos outros instrumentos do mesmo genero, mas cuja acção instantanea e rapida não dá logar aos inconvenientes da dilatação forçada pelo instrumento de Perrève que não actùa sobre todos os pontos da circumferencia da urethra.

4.º Dilatação instantanea ou divulsão.

A pezar de todos os esforços que de tempos a tempos se fazião em prol da dilatação forçada, não tinha este methodo conseguido ser adoptado por grande numero de cirurgiões, quando Bernardo Holt, cirurgião do hospital de Westminster, de Londres, resolveu empregal-o exclusivamente em seu serviço e, modificando o instrumento de Perrève, pôde obter resultados tão favoraveis que creou por este modo um novo processo de dilatação forçada a que julgou dever dar o nome de *divulsão*.

Este processo é executado hoje com tal precisão e segurança, graças ás salutares modificações impressas nos respectivos instrumentos, que elle se acha generalisado e muito concorre, com a urethrotomia pelo processo de Maisonneuve, para a cura de maior parte dos estreitamentos organicos da urethra.

Sem esses aperfeiçoamentos dos dilatadores, ainda o futuro do processo seria incerto, por quanto os instrumentos não tinhão a segurança necessaria para só actuarem sobre a parte estreitada do canal, e na direcção da urethra.

Em verdade, meus senhores, si o instrumento ou divulsor imaginado por Holt actuava sobre toda a circumferencia interna da urethra e levava nisto as maiores vantagens ao dilatador de Perrève, elle offerecia o inconveniente de poder desviar-se do estreitamento por que não offerecia um conductor.

O Sr. Voillemier, que foi o generalisador da divulsão em França, tratou de obviar esse maior inconveniente e fez construir um divulsor (fig. 62) que se compõe de uma véla fixa de gomma elastica, muito flexivel, apresentando em uma extremidade uma rosca destinada a adaptar-se a um conductor de 3 millimetros

de diametro. Esse conductor formado por duas valvulas offerece uma extremidade ligeiramente curva que se prendendo á velinha conductora, é intimamente soldada na extensão de 3 a 4 centimetros, e termina na outra extremidade por dous arcos lateraes que servem de ponto de apoio ao cirurgião no momento da operação. Alguns conductores apresentão entre as duas valvulas uma haste metallica muito delgada que é destinada a passar em um canal central que então se encontra no dilatador propriamente dito. Este tem 6 ou 7 millimetros de diametro; a

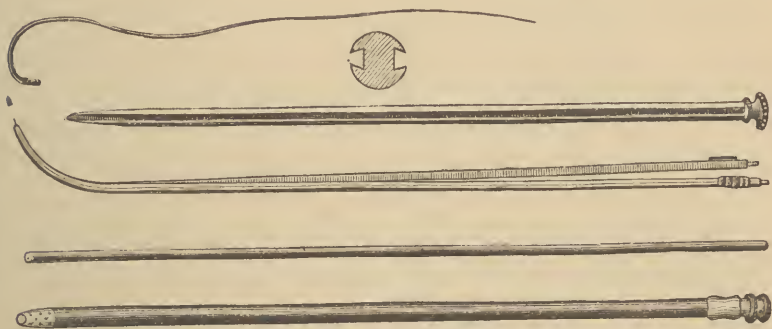



Fig. 62. — Divulsor cylindrico de Voillemier. Véla filiforme destinada a adaptar-se a extremidade curva do conductor composto de duas hastes de aço entre as quaes deve resvalar a sonda metallica. Nesta ha dous sulcos ou regos longitudinaes com a disposição indicada na pequena figura logo abaixo da velinha conductora. Abaixo do conductor curvo está desenhado um stylote cylindrico para se adaptar a velinha, e levar uma sonda á bexiga. Em baixo se acha uma sonda de gomma com as extremidades metallicas.

sua forma é cylindrica, termina na extremidade vesical por um cone, e offerece de cada lado um rego ou sulco, onde se adapta cada lamina do conductor valvular, de modo que estas duas partes do instrumento se adaptão uma na outra e formão um corpo cylindrico solido e resistente.

As manobras operatorias consistem: 1.º em introduzir a véla filiforme até á bexiga; 2.º em adaptar-se depois disso o conductor metallico á essa vellinha e leval-o convenientemente até que elle tenha passado além do estreitamento; 3.º finalmente, em

resvalar, por entre as duas laminas ou valvulas do conductor, o divulsor ou dilatador impellindo-o até que elle dê a sensação de ter vencido a resistencia da parte em que a urethra se apresentou estreitada.

O cirurgião deve ter dilatadores de diametros diversos para fazer uso successivo de um ou outro, segundo as necessidades do caso.

Na execução da operação encontrão-se difficuldades desde a introducção da véla filiforme e do conductor até á do dilatador.

O terceiro tempo ou da introducção do divulsor é o que se executa com mais difficuldade.

Fiz diversas operações de divulsão com o instrumento que vos descrevi e sempre notei que era preciso um esforço consideravel para impellir o divulsor e vencer o estreitamento. As manobras desse tempo da operação concorrem grandemente para embaraçar o resultado, porquanto se de um lado é necessario impellir com força o divulsor, o que faz desviar a urethra para traz; de outro não ha ponto de apoio seguro para que a distensão do penis seja mantida em ordem a combinar o esforço de impulsão do divulsor com o de distensão urethral.

Emfim um grande inconveniente a assignalar no instrumento de Voillemier é que o dilatador sempre resvala penosa e difficilmente entre as valvulas do conductor, e o impulso se transmitte a este que desce sem o dilatador.

Deste modo creio que a divulsão não poderia competir com a urethrotomia pelo processo de Maisonneuve si o professor Léon Lefort não tivesse feito fabricar um novo divulsor (fig. 63) que por sua simplicidade e facil manejo não chegasse a obviar todos os inconvenientes do instrumento de Voillemier.

O divulsor do professor Léon Lefort não é em sua essencia senão a sonda conica de Boyer para a dilatação forçada, com a differença de que o instrumento é bastante solido, pesado, disposto com a curvatura da sonda de Gely de Nantes, e terminado por

uma extremidade que vae gradualmente diminuindo até tornar-se em ponta fina, onde existe uma rosca de parafuso que se adapta á uma velinha conductora.

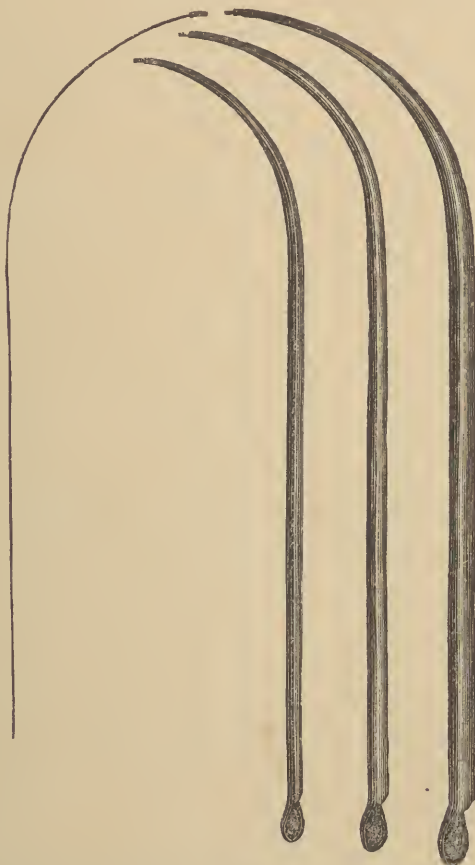



Fig. 63. — Dilatadoros ou divulsoros do Léon Lofort do divorsos calibros, munidos do uma véla capillar dostinada a guiar a passagem do instrumonto atravéz do ostreitamonto.

O instrumento compõe-se pois de uma velinha e da sonda, e em logar de duas hastes que se afastão á medida que entre ellas resvala a sonda dilatante, manobra que, como vos disse, se realisa

muitas vezes com grande difficuldade, elle é simples e perfeitamente concebido para provocar gradual e instantaneamente a dilatação da parte estreitada da urethra.

Introduzida a velinha conductora, logo que esta tem atravessado o estreitamento e penetrado na bexiga, adapta-se a ella a rosca da sonda, e depois que esta é untada de oleo, vae-se pouco a pouco mergulhando-a na urethra, segundo as regras do catheterismo curvilineo, até que tenha por si transposto o estreitamento e penetrado na bexiga.

Ha tres divulsores de grossura differente e correspondentes aos ns. 15, 18 e 21 da escala Charrière, e para que o estreitamento seja gradualmente dilatado pode-se começar pelo mais fino ou pelo segundo, conforme a dilatabilidade da coarctação, e depois de retirado este passa-se logo apoz o segundo ou o terceiro divulsor si a operação foi por exemplo começada pelo mais fino. O que é no meu entender essencial é levar logo na mesma sessão o estreitamento ao mais elevado gráo de dilatação.

As vantagens que offerece o divulsor do professor Léon Lefort são verdadeiramente notaveis. A operação é executada com uma rapidez e segurança que nada deixão a desejar. Em um bom numero de casos, já aqui, já na minha clientella particular em que tenho empregado a divulsão pelo instrumento do professor Léon Lefort, o resultado immediato foi sempre satisfactorio. A dor experimentada pelos doentes não foi consideravel nem observei mais do que insignificante corrimento sanguineo, certamente menos abundante do que o corrimento resultante da urethrotomia pelo processo de Maisonneuve.

Os resultados consecutivos não têm sido acompanhados por muito tempo para que vos formule um juizo difinitivo, mas pelo que tenho observado não ha motivo para que se deixe de considerar favoravel esse processo. Parece-me entretanto que, como todo o processo da dilatação, ha necessidade mais forte de entreter o calibre da urethra por meio da passagem de sondas do que

na urethrotomia. O estreitamento parece ter, depois da divulsão, mais tendencia a voltar sobre si ou a retrahir-se do que quando é incisado. Ao menos foi o que observei em um doente que o anno passado occupou o leito n. 6 d'esta enfermaria, no qual pratiquei a divulsão em virtude de um estreitamento organico da porção membranosa da urethra. E' verdade que o estreitamento era extenso e tão retractil que ora admittia uma véla capillar com facilidade, ora não permittia leval-a á bexiga. No dia em que consegui levar a velinha do divulsor á bexiga resolvi praticar a divulsão. O estreitamento foi dilatado grandemente e no fim de 15 dias notei que uma sonda de Beniqué de n. 20, que na vespera havia passado com facilidade não pôde ser introduzida na urethra que só admittiu uma de n. 18.

A' vista do que vos tenho dito até agora da dilatação é facil concluir que os processos mais frequentemente empregados são representados pela dilatação progressiva e pela divulsão. O processo da dilatação vital tão preconisado por Dupuytren e de que o meu illustre antecessor quasi que fazia applicação exclusiva, provoca uma irritação inflammatoria do canal da urethra, e em certos casos expõe os doentes ás cystites, e determina accidentes que obrigão a suspender o tratamento por tempo excessivamente longo. Além disso ha doentes que tolerão difficilmente uma sonda ou vela na bexiga, e qualquer insistencia a este respeito é seguida logo de reacção febril que é sempre uma complicação muito séria nas operações praticadas no canal da urethra.

Ha casos comtudo em que o cirurgião não póde dispensar a dilatação permanente ou vital, já como meio complementar de outros methodos ou processos, já como recurso para combater a tenacidade de certos estreitamentos urethraes, principalmente complicados de fistulas ourinarias.

A dilatação forçada pelo processo de Mayor é um meio excepcional e de indicações limitadas.

A dilatação progressiva bem como a dilatação permanente expõem sem duvida a menos accidentes do que esta ultima, e são mais toleradas; mas exigem um tempo excessivamente longo.

E' hoje muito raro que um cirurgião se proponha a tratar um doente de estreitamento pela dilatação permanente ou pela dilatação progressiva, a menos que a coarctação organica se ache no começo de sua evolução ou o tecido seja dotado de uma tal dilabilidade ou seja tão delgado, que ceda ás primeiras explorações.

Encontrareis alguns casos desta ordem, e por meio da dilatação progressiva mais ou menos rapida restituireis á urethra o seu calibre normal.

O estreitamento do doente de que me occupo não está neste caso, por isso não recorro nem á dilatação vital nem á progressiva.

Resta a divulsão. Submetterei o meu doente a este meio de tratamento ou recorrerei á urethrotomia?

A divulsão é incontestavelmente um dos melhores meios de tratamento das coarctações organicas da urethra, mas as suas grandes vantagens se manifestão nos casos em que os estreitamentos são pouco extensos e isentos de qualquer complicação; mas quando o aperto urethral é resistente e se complica de fistulas ourinarias, como no doente de que me tenho occupado, a divulsão poderá servir, mas seus resultados são inferiores aos da urethrotomia.

Neste estudo comparativo ainda podião ser apresentados muitos outros argumentos que precisassem bem os casos favoraveis para o emprego da divulsão; mas o que vos disse é sufficiente para a justificação de meu procedimento que será desenvolvido successivamente em cada doente que tiver de sujeitar á vossa observação.

Preferindo aqui a urethrotomia, convem agora dizer-vos em que consiste esta operação. Como o nome bem o indica, a urethrotomia é uma operação que consiste na secção da urethra; mas

tem-se applicado hoje este nome á operação que consiste na incisão dos estreitamentos organicos daquelle canal.

A idéa de levar-se um instrumento cortante á urethra, quer com o fim de abrir um caminho para passagem das ourinas, quer para facilitar a dilatação dos pontos estreitados daquelle canal, devia ter-se apresentado ao espirito dos cirurgiões ao mesmo tempo que para isso recorreu-se ao emprego das sondas e velas. Algumas noções fornecidas pelos escriptos dos auctores antigos dão-me o direito de assim pensar.

A fórma, porém, dos instrumentos ou dos meios empregados, bem como o modo porque procedião nessas operações, resentem-se da falta de uma exposição precisa e clara, para que se possa a este respeito formar um juizo seguro.

No seculo XVI a urethrotomia occupou particularmente a attenção dos cirurgiões, e nos escriptos de Alph, Ferri e de Ambrosio Paréo está traçada com claresa a marcha que seguião na divisão das partes estreitadas, e vem a descripção de dous instrumentos de que se servião para praticarem a operação. As modificações impressas ao estylete de arestas cortantes e á canula fenestrada de Ambrosio Pareo por Physick e Doener no fim do seculo ultimo, fizerão com que a urethrotomia se desenvolvesse; mas abandonada logo depois em virtude da condemnação lançada pela faculdade de medicina de Paris contra Furquet de Mayerne, como indigno de exercer a cirurgia por ter praticado essa operação, só foi lembrada de novo quando em 1819 Arnott na Inglaterra e Amussat em França constituirão-se seus partidarios e apresentárão alguns instrumentos, em cuja construcção se tomárão as maiores precauções para que a sua acção ficasse limitada ao tecido das coarctações.

De novo figurava a urethrotomia entre os methodos curativos desta ordem de affecção; curto foi porém o seu reinado, pois que ella desappareceu daquella classe para ser apenas considerada como auxiliar da dilatação.

Ninguem se occupava da urethrotomia quando Reybard em 1833 apresentou á Academia de medicina de Paris uma memoria em que discutindo com grande talento esse assumpto e apoiando-se em numerosas pesquizas e observações chegou a demonstrar as vantagens esplendidas resultantes de um processo que elle havia concebido.

Desde então a urethrotomia veio occupar na therapeutica dos estreitamentos organicos da urethra um logar distincto, os processos operatorios se multiplicárão e cada cirurgião tratou de apresentar o meio de realizar praticamente todos os resultados que se podião obter das incisões das coarctações urethraes.

A urethrotomia abrangia dous grandes processos chamados: um —*operação da casa* o qual é hoje designado com o nome de urethrotomia externa, o outro com o de —urethrotomia interna.

A opposição que sempre fizerão ao primeiro processo não foi tão pronunciado como a que recebeu este ultimo, e como Reybard o fez em relação á urethrotomia interna, aos esforços de Syme de Edimburgo se deve a conservação do grande methodo da urethrotomia externa.

Reybard preconisando o seu processo das largas e profundas incisões internas, combateu a urethrotomia externa, mas está hoje provado, meus senhores, que tanto a urethrotomia interna como a externa têm as suas indicações proprias.

Si os dous methodos devem subsistir ou ser conservados não se segue dahi que a pratica tenha sanccionado as vantagens da urethrotomia interna pelo processo de Reybard. Ao contrario: os estudos ulteriores e a observação reflectida dos factos deixárão perfeitamente demonstrados os perigos formidaveis que resultavão das grandes e profundas incisões, ficando estabelecido o principio de que as incisões devião ser em gráo sufficiente para darem em resultado unica e exclusivamente a divisão do tecido que determinava o estreitamento.

Leroy d'Etiolles, Ricord, Civiale e Maisonneuve assentárão as bases deste tratamento e imaginárão para isso diversos instrumentos; mas ainda assim a urethrotomia interna não se tinha generalisado, já pela falta de segurança nas manobras operatorias, já pela necessidade de preparar a parte estreitada do canal para admittir a passagem do urethrotomo, quando Maisonnueve fez construir um novo instrumento que veio sanar todos os inconvenientes de que vos acabei de fallar.

Foi então que a urethrotomia interna tornou-se uma operação usual e verdadeiramente de execução facil e segura.

A' vista do que acabo de vos dizer, não podeis duvidar que será á urethrotomia pelo processo de Maisonneuve que recorrerei para tratar o doente de que me tenho occupado.

Não penso em praticar a urethrotomia externa, porque no meu entender esta operação deve ser reservada para os casos em que o estreitamento deixando passar a sonda conductora tem acarretado anteriormente a formação de fistulas ourinarias com o endurecimento consideravel e extenso dos tecidos circumvizinhos, ou então para quando se der retenção das ourinas determinada por dilaceração da urethra, acompanhada ou não de infiltração do mesmo liquido.

Bem sei que Syme de Edimburgo e os partidarios da urethrotomia externa propõem este methodo para todos os casos de estreitamentos organicos da urethra, e procurão demonstrar que só elle dá resultados completos e uma cura definitiva isenta de qualquer risco e perigo, e bem comprehendeis que si eu seguisse os mesmos principios acharia em meu doente todas as condições para a urethrotomia externa.

Dado o caso que eu quizesse executal-a como deveria proceder?

A urethrotomia extérna, segundo Syme, póde ser praticada com ou sem conductor. O estreitamento que der passagem a um conductor, a menos que seja acompanhado de fistulas ourinarias que tenhão transformado a região perineo-escrôtal em uma massa

dura e resistente, pode ser tratado perfeitamente bem até ao fim pela dilatação progressiva ou pela divulsão. Mas,diz o professor Syme: a reproducção do estreitamento terá logar quando este fôr tratado pela dilatação, ao passo que isso não se dará si elle fôr curado pela urethrotomia externa. E' questão sobre a qual não tenho factos que possão resolvel-a ; porque só uma vez pratiquei a urethrotomia externa, mas posso assegurar-vos que pela dilatação ou pela urethrotomia interna que não causa tanta apprehensão ao doente, a cura se mantem desde que este de 15 em 15 dias tem o cuidado de levar uma sonda de gomma elastica n. 18 á bexiga.

A urethrotomia externa sem conductor é uma operação longa, difficil e arriscada. Só em caso de ruptura da urethra com infiltração ourinaria é que me resolveria a pratical-a, e sómente porque reconheço que a punção vesical seguida da aspiração,segundo o processo de Dieulafoy, não faria desapparecer os inconvenientes e os perigos consideraveis da infiltração ourinosa.

Estou pois decidido a praticar n'este doente a urethrotomia interna pelo processo de Maisonneuve, e é o que farei em uma proxima conferencia, visto que a hora está adiantada e não poderia fazer-vos a descripção dos instrumentos, e do modo pelo qual elles devem ser usados.

SEXAGESIMA QUINTA LIÇÃO

URETHROTOMIA INTERNA

SUMMARIO:—Preparação a quo foi submottido um doonto que dovia soffrer a urethrotomia intorna pelo processo de Maisonneuve.—Doscripção dos instrumentos para esta operação.—Regras para a exocução da urothrotomia.—Cuidados quo so devom tor.—Moios de romovor as difficuldados que so apresentão.—Effeitos resultantes da urethrotomia pelo processo de Maisonnouvo ostudado no cadaver.— Não ha necessidado do tratamonto previo.—Raridado de accidentes da urothrotomia polo processo do Maisonneuvo.—Phenomenos quo so obsorvão dopois da oporação.—Não ha nocessidado em deixar véla om permanoncia.—Rotenção do ourina depois da urothrotomia.—Causas que detorminão o accidonte.—Meios de combatol-o.—A urethrotomia não impodo para sompre a reproducção dos estreitamontos.—Vantagons da urothrotomia.—Casos om que a operação é indicada.—Combinada com a dilatação satisfaz todas as exigencias mais imperiosas da pratica.—Conclusão.

MEUS SENHORES,

Chegou o momento de praticar a urethrotomia no doente de estreitamento organico da urethra complicado de fistulas ourinarias, e ácerca do qual occupei-me longamente em duas conferencias feitas na semana finda. O estreitamento, como podestes observar, só n'estes dous ultimos dias permittiu a passagem de uma véla capillar. No primeiro dia em que vos apresentei esse doente, limitei-me a verificar a existencia da affecção e a entrar na apreciação de seus caracteres. No segundo dia fil-o vir para este amphytheatro no intento de proceder no fim da lição á introducção de uma véla capillar até além do estreitamento, e em seguida á operação. Esta não poude ser executada n'esse dia; então tentei fazer a introducção de uma velinha afim de

preparar o canal para o dia seguinte, mas apezar da delicadeza e paciencia com que procurei fazer a introducção d'essa velinha, nada consegui.

Repeti ainda nos dous dias seguintes as mesmas manobras até que obtendo hontem e hoje a passagem franca de uma véla que se póde chamar capillar pois não tem mais de 5 millimetros de circumferencia, fiz administrar ao doente hontem mesmo um laxativo salino, e me proponho hoje a sujeital-o á urethrotomia pelo processo de Maisonneuve.

Antes porém de dar começo á operação farei uma rapida descripção do instrumento de que vou servir-me, e passando a indicar o modo pelo qual se executão os diversos tempos da urethrotomia, mencionarei os cuidados que esta reclama, os resultados que póde offerecer, bem como deixarei bem estabelecidas as indicações a preencher em casos de estreitamentos organicos da urethra.

O urethrotomo de Maisonneuve (fig. 64) compõe-se de tres peças principaes: a primeira tem o nome de *véla conductora*, é feita com gomma-elastica, e póde offerecer diversos calibres, desde um e meio até dous millimetros. Essa véla termina por uma ponta fina e recta, e apresenta na extremidade opposta um pequeno cylindro de metal, pouco mais grosso que ella, bem fixo, ôco, com uma rosca de parafuso nas paredes internas, onde se adapta perfeitamente a segunda parte ou o *catheter conductor*. Este póde ser de dous a tres millimetros de diametro e tem a fórma ou disposição dos instrumentos do mesmo genero. A sua curvatura é bastante pronunciada ou semelhante á grande curvatura dada ás sondas de Gély de Nantes. A extremidade interna ou vesical termina por um pequeno parafuso destinado á porca da parte metallica da véla conductora, e a extremidade externa offerece um ou dous anneis que servem de ponto de apoio ao cirurgião quando manobra. Esses anneis não são fixos, e podem ser por isso substituidos por uma haste metallica solidamente fixa

ao catheter e destinada a conduzir uma sonda de gomma-elastica aberta nas duas extremidades.

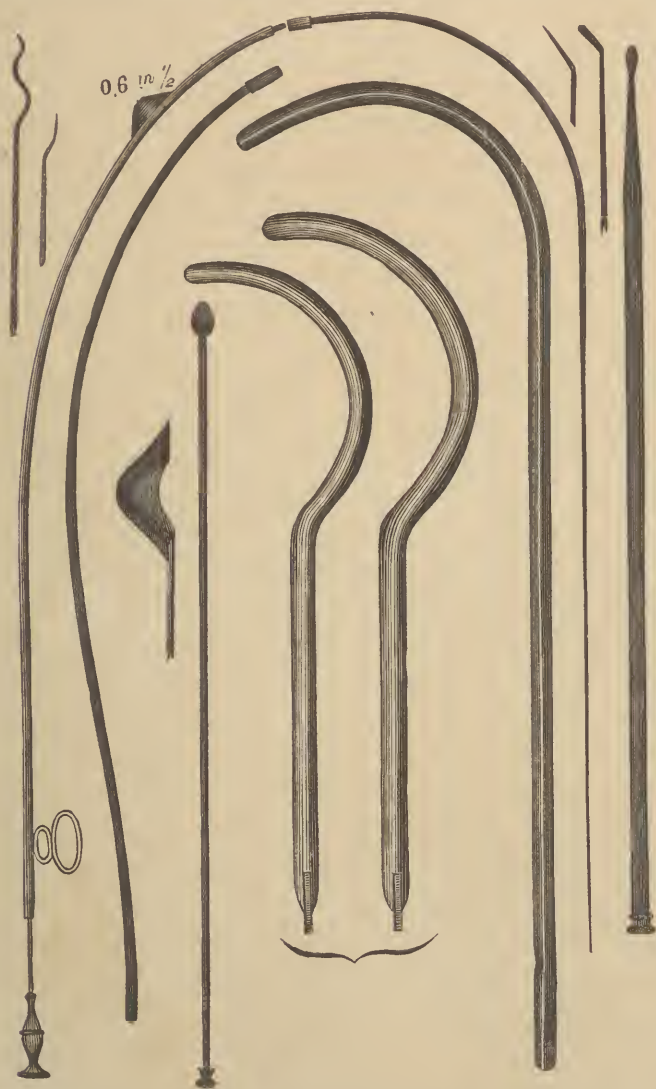



Fig. 64. — Urethrotomo de Maisonneuve, com diversas vélas capillares conductoras, com uma sonda olivar, outra cylindrica, e os catheteres de Beniqué.

Ao longo da porção concava ou convexa do catheter existe um rego para dar passagem á lamina destinada a cortar as paredes do canal.

Philipps manda construir o catheter com o rego na convexidade, com o fim de praticar a incisão na parede inferior da urethra ; Maisonneuve, pelo contrario, manda fazel-o na parte concava.

A terceira parte, ou *urethrotomo* propriamente dito, é representada por uma haste metallica de trinta centimetros de comprimento, de fórma proporcionada ao rego do catheter, e terminada em uma extremidade por uma saliencia ou botão longitudinalmente serrilhado para fornecer maior ponto de apoio ao cirurgião, e em outra por uma lamina que póde ser *uni-lateral* ou *bi-lateral*, e ter cinco a nove millimetros de largura : ha uma serie dellas para os diversos gráos de estreitamento. A lamina *uni-lateral* tem a fórma de um triangulo isoceles, de apice obtuso, tendo dous gumes, um inferior e outro superior, ligeiramente excavados, de modo que ella representa a fórma do sôco do arado. No extremo inferior da base da lamina existe uma pequena aresta para impedir a sahida desta no momento em que o urethrotomo corre pelo rego do catheter.

A lamina *bi-lateral* tem a fórma de um losango alongado ou a disposição do ferro de lança, com quatro bordas cortantes e dous apices obtusos, e é presa á haste metallica pelo grande eixo de uma de suas faces.

Como praticarei por meio desse instrumento a urethrotomia ? Tenho em primeiro logar de introduzir pelo canal até á bexiga a vélinha conductora e em taes casos convem ter á disposição vélas de diversos calibres para nos servirmos da que estiver em proporção com o estreitamento. Vou servir-me de uma vela de 2 millimetros, e, depois de untada a véla convenientemente, tratarei de introduzil-a pouco a pouco no canal, até que alcance a sensação de que ella tem penetrado na cavidade da bexiga. Em

seguida adaptarei solidamente á rosca do cylindro metallico o parafuso do catheter.

Feito isto, prenderei o penis entre o index e o pollegar, ou entre o dedo medio e o annular da mão esquerda, e com a direita porei o catheter parallelo á superficie da fossa iliaca do doente; e á medida que o mergulhar no canal o approximarei da linha mediana do corpo, e elevarei a extremidade externa, de modo que quando o mesmo catheter tenha chegado á bexiga faça com o corpo do doente um angulo quasi recto, e esteja com a curvatura em relação com a do canal da urethra. Reconhecido bem que o catheter acha-se na bexiga, farei distender ou alongar o penis sobre elle o mais que fôr possivel, e, depois de fixal-o convenientemente com os dedos, tomarei o urethrotomo propriamente dito, e impellirei este acompanhado de sua respectiva lamina pelo rego do catheter com a maior delicadeza possivel até chegar ao ponto terminal ou ter cortado todos os pontos estreitos. E' preciso proceder em tudo isto com muita delicadeza, e conservar o penis constantemente alongado sobre o catheter, afim de que a mucosa do canal não faça prega, e só seja cortada pela lamina a porção estreitada, ou que não tenha sido afastada ou separada pelo angulo obtuso da lamina.

Certo de que esta tenha cortado os pontos estreitados, deverei retiral-a com o mesmo cuidado com que fiz a introducção, e, livrando a urethra do catheter e véla conductora, introduzirei immediatamente no canal até á bexiga uma sonda ou uma véla de gomma-elastica que tenha circumferencia igual ao duplo do diametro da lamina com que cortei o estreitamento, e alli a deixarei por alguns minutos, ou por algumas horas ou dias, se quizer seguir o conselho dado por Maisonneuve.

Dou sempre preferencia, como já vos disse, ao urethrotomo unilateral. Si tivesse de empregar o de lamina bi-lateral, quer primitiva, quer consecutivamente, como é aconselhado pelo illustre e notavel cirurgião de Lisboa Dr. Antonio Maria Barbosa, não

teria de proceder no primeiro caso por modo diverso daquelle que indiquei, e, no segundo, retiraria a lamina uni-lateral, e levaria pelo rego do catheter a lamina bi-lateral com largura proporcionada á incisão que desejasse alcançar.

De tudo o que tenho dito a tal respeito, resulta que esta operação póde ser perfeitamente dividida em quatro tempos: o 1.° consiste na introducção da *vélinha conductora;* o 2.° na introducção do *catheter conductor;* o 3.° na *secção* ou incisão do ponto ou pontos estreitados; o 4.° finalmente na *retirada* do instrumento respectivo, e na introducção da véla que tem de indicar o gráo de dilatação ou o calibre que a urethra adquirio.

Repito-vos: não é indifferente o modo de retirar o urethrotomo propriamente dito, porque, se não tiverdes o cuidado de conservar nessa occasião o penis alongado e fixo sobre o catheter, podereis com muita facilidade, por meio do gume cortante da lamina, ir incisando sem necessidade a mucosa da urethra, a qual, como sabeis, une-se frouxamente aos tecidos subjacentes.

Eis pois praticada no doente a operação da urethrotomia segundo as regras que vos indiquei, fazendo a secção na parede inferior da urethra.

Essa operação é geralmente executada sem difficuldade notavel, mas não poucas vezes tereis de encontrar o estreitamento por tal fórma resistente e sinuoso que a vélinha conductora vá de embate e se dobre ou torça-se de encontro aos tecidos respectivos ou circumvizinhos, sem que ella possa, por maior que seja a paciencia desenvolvida pelo cirurgião, penetrar na luz do ponto estreitado e chegar á bexiga.

Não commettais nunca o deploravel erro de retirar a vélinha, e substituil-a pelo catheter para em seguida cortar o estreitamento, pois que não obtereis resultado algum favoravel, e irieis produzir, como é facil de comprehender, lesões graves ao longo da urethra. Nesses casos, si a vélinha tiver penetrado na luz do estreitamento e fôr abraçada fortemente pelas paredes deste,

deixal-a-heis por espaço de duas, tres e mais horas no ponto até onde a fizestes penetrar, para depois leval-a á bexiga, por quanto debaixo da influencia de seu contacto os tecidos fibroides do estreitamento vão pouco a pouco amollecendo, até que por fim permittem que ella seja convenientemente introduzida.

Si, qualquer que seja o calibre da vélinha conductora, esta esbarrar contra o estreitamento, não deveis pensar na execução da operação emquanto não fôr obtido o gráo de dilatação necessaria á passagem dessa primeira parte do instrumento. Ha diversos meios ou processos cirurgicos imaginados com o fim de alcançar a dilatação conveniente do estreitamento, para que a vélinha conductora do catheter possa chegar á bexiga. Um dos de que me sirvo com mais frequencia consiste na introducção, até á parte estreitada, de uma sonda de metal ou véla de gomma-elastica olivar e de calibre um pouco notavel, de modo que a ponta sendo impellida por um esforço maior penetre na luz do estreitamento, e alli permaneça por alguns instantes, para depois ser retirada e substituida pela vélinha conductora que, encontrando então alguma dilatação no orificio superior do estreitamento, póde percorrer o canal até á bexiga.

E' preciso que tenhaes, em todos os casos, a certeza de que a vélinha se acha neste orgão, e para isto deveis guiar-vos, já pela sensação que então recebereis, já por alguns movimentos de retirada e de introducção que nella tereis o cuidado de imprimir, porquanto, se não prestasseis cuidado á verificação deste facto, poderia acontecer que a véla por causa de sua tenuidade se enroscasse em algum ponto do canal, e fosse cortada quando dirigisseis a lamina cortante pelo rego do catheter.

A vélinha passa algumas vezes sem maior obstaculo, porém o catheter nem sempre póde com a mesma facilidade chegar ao collo da bexiga. Dahi dous preceitos: ou procurareis por meio de alguns movimentos lateraes e de ligeira pressão fazer com

que a ponta do catheter vença a resistencia do estreitamento, ou então o retirareis e o substituireis por um outro mais fino.

Ha catheteres conductores, como vos mostrei, que não têm mais de millimetro e meio de espessura, e quando não é possivel passar um desses instrumentos, e o caso urge, ou existe retenção completa que deva ser combatida immediatamente, convém então recorrer em ultima analyse á operação da *casa* ou urethrotomia externa.

Depois da secção do estreitamento, na qual não encontrareis difficuldades, se prestastes attenção ás regras indicadas, passareis á introducção da véla ou sonda que deve servir para apreciar o calibre adquirido pela urethra.

Alguns cirurgiões têm já encontrado difficuldades na realisação deste tempo da operação, e por minha parte tenho-as experimentado quando me sirvo das sondas metallicas ou de vélas cylindricas de gomma-elastica; mas sempre alcanço bom resultado quando uso de preferencia das vélas conicas, bem delgadas em certa porção de sua extremidade vesical.

Si estudardes ou sobre o penis de um cadaver, ou em um tubo ou canal membranoso, o effeito produzido pelo urethrotomo de Maissonneuve, observareis que, em todas as partes do canal, cujo diametro é igual ao da lamina, não se dá absolutamente nem a menor escoriação, nem a mais ligeira solução de continuidade, de maneira que a aresta do instrumento ou apice do triangulo, que é obtuso, afasta convenientemente as paredes da urethra e impede que estas sejão cortadas pela lamina. Quando pelo contrario o canal offerece porções mais estreitas e outras mais largas, acontece que a ponta do instrumento penetra e divide aquellas em toda a extensão e na profundidade igual á largura da lamina; e, si existem dous, tres ou mais pontos estreitados, esta os corta pela mesma fórma.

Será necessario que submettais os doentes ao uso de qualquer meio ou a algum tratamento antes da operação?

Alguns cirurgiões, como os professores Gosselin e Labbé, costumão submetter os doentes ao uso das bebidas nitradas, e, na vespera da operação, fazem administrar um purgativo.

O augmento de secreção das ourinas, provocado pelas bebidas nitradas, torna tambem mais frequente o desejo da micção, e acarreta maior incommodo ao doente; portanto, não aconselho que lanceis mão de semelhantes meios, e nem mesmo dos purgativos, pois que estes produzem alguma congestão nos orgãos vizinhos ao recto, donde poderia resultar maior corrimento de sangue pela urethra depois da incisão. Si o doente não tem prisão de ventre, nenhuma vantagem encontro na administração dos purgativos, e em taes casos me limito, como fiz, a mandar administrar, algumas horas antes da operação, um clyster purgativo, e um banho morno mais ou menos prolongado, logo que o clyster tenha produzido o effeito que se tiver em vista.

Quasi nenhum accidente tereis de observar quando a urethrotomia fôr praticada com o instrumento de Maisonneuve. Em geral o doente não sente, como percebestes no que foi operado, senão uma dôr insignificante na occasião da incisão, e algum ardor no canal quando ourina; mas tudo isto cessa com a terminação da operação, e logo que se tem o cuidado de extrahir a ourina, quer antes quer depois que aquella está concluida.

Com a incisão manifesta-se um corrimento sanguineo, que desapparece espontaneamente no fim de algumas horas, ou logo depois que se tem introduzido a sonda necessaria para afastar um pouco as paredes da urethra.

Nos doentes em que se pratica a urethrotomia pelo processo de Reybard é que se observa muitas vezes a hemorrhagia, de modo a se tornar necessario o emprego das injecções frias, do perchlorureto de ferro dissolvido e de outros meios, como sejão a introducção de uma sonda volumosa na urethra, onde é deixada por alguns dias, até que tenha desapparecido o receio de renovação da hemorrhagia.

Logo depois da operação, ou no fim de algumas horas, o doente tem desejos de ourinar. Em alguns casos e por circumstancias especiaes difficeis de serem conhecidas, o doente no momento em que satisfaz esses desejos póde ser acommettido de calafrio intenso, seguido de reação febril, que a seu turno termina por suores mais ou menos copiosos. Este accidente póde repetir-se no dia seguinte e deixar por este modo o individuo em condições pouco agradaveis. Nestas circumstancias deveis empregar durante a reacção febril as bebidas diaphoreticas, e na apyrexia o sulphato de quinina na dóse de uma gramma nas 24 horas.

O accesso que assim se manifesta póde revestir desde logo ou consecutivamente o caracter pernicioso, e determinar em poucas horas a morte dos vossos doentes, como já disse por mais de uma vez.

Na occasião da operação, quando se tem introduzido a véla ou a sonda, afim de separar os labios da incisão, o doente póde ser tambem accommettido de calafrio mais ou menos intenso, porém que não tem a importancia do que já deixei indicado, e que em geral depende da excitação nervosa, ou da dôr especial despertada pela passagem da sonda.

Não estão porém no mesmo caso os calafrios que sobrevêm algumas horas depois da operação ou no dia seguinte. A gravidade desse phenomeno e da febre chamada—urethral—que o segue ha sido apreciada por muitos praticos distinctos, entre os quaes conta-se o professor Velpeau, que fez ver, em suas *Lições de clinica cirurgica*, que esse calafrio e todos os phenomenos consecutivos dependião provavelmente da absorpção de alguns elementos da ourina.

Parece porém fóra de duvida, como já vos disse, que a febre urethral está ligada a uma septicemia de natureza benigna ou grave segundo a natureza das lesões que se desenvolvem nos orgãos affectados.

Em todo o caso esse accidente exige de vossa parte cuidados especiaes e meios energicos, e é preciso qué vos diga que elle revela-se sobretudo quando se pratica a urethrotomia pelo processo de Reybard, em que a incisão é extensa e profunda.

Depois de terminada a incisão deveis, como vos disse, retirar o urethrotomo e empregar uma sonda que tenha uma circumferencia igual ou dupla da largura da lamina empregada. Alguns cirurgiões deixão esta sonda ou véla no canal por espaço de 24 a 48 horas. Eu, porém, nos dous doentes que ha dias operei, depois de tel-a levado á bexiga, e apreciado o diametro que a urethra havia adquirido, retirei-a, e não vi mesmo necessidade de conserval-a alli por mais tempo.

A presença dessa sonda na urethra deve augmentar a irritação da ferida e desenvolver a suppuração em mais larga escala, de modo que no fim tereis a formação de um tecido cicatricial que se retrahe pouco a pouco, e renova o estreitamento com mais presteza. A união dos bordos da incisão é impedida geralmente pelos coalhos sanguineos alli depositados, e pela dilatação da urethra na occasião em que o doente ou o operado expelle a ourina.

O Sr. Dr. Antonio Maria Barbosa, distincto cirurgião de Lisboa, afasta-se na pratica dos conselhos que têm sido dados a este repeito, e não emprega véla alguma, mesmo depois da incisão do estreitamento, sob o fundamento de que a urethra é composta, debaixo da mucosa, de fibras contracteis circulares, e estas se separão quando são cortadas no sentido longitudinal, e conservão afastados os bordos da incisão ; além de que a presença da algalia de gomma-elastica, bem longe de impedir, facilita o contacto da ourina com a ferida não intermittentemente, como quando o operado ourina sem intermedio da algalia, mas a todo o instante, pela facilidade com que se faz a insinuação da ourina gotta a gotta por entre as paredes da urethra e a superficie exterior da algalia, etc.

Cito textualmente estas palavras do notavel cirurgião portuguez, mas não posso dar-lhes adhesão completa, porque observo que, quando se faz a divisão de um estreitamento do meato ourinario, as bordas não se conservão separadas; e sabeis, meus senhores, que a urethra não é propriamente canal sinão quando acha-se destendida pela ourina, pelo esperma, ou por qualquer corpo cylindrico. Nas condições oppostas ella se apresenta debaixo da fórma de uma fenda, e para mim as bordas da incisão conservão-se desunidas pelo sangue que alli se derrama até ao começo da reparação dos tecidos. Não posso crer igualmente que uma camada de lympha plastica, como admitte o illustre professor de Lisboa, cubra como uma especie de verniz protector a superficie toda da solução de continuidade, e se converta mais tarde em membrana mucosa de nova formação, porque nada impediria que a ourina a destruisse ou eliminasse em sua passagem constante pelo canal da urethra, e ainda porque os estudos que tenho feito sobre a reparação das feridas me levão a admittir com Virchow que os tecidos se regenerão por meio dos tecidos preexistentes.

Sou em absoluto contrario ao emprego permanente das sondas, já porque não resulta d'ahi a menor vantagem para segurança da cura, já porque ellas produzem uma urethrite ou augmenta a irritação que se tem de manifestar na solução de continuidade da urethra. Ha porém uma excepção a esta regra, a qual dá-se quando o estreitamento é complicado de fistulas ourinarias ou de infiltração das ourinas.

E' o caso do doente que foi n'este instante operado : pela haste que ajustarei ao catheter conductor introduzirei uma véla bastante flexivel de gomma-elastica, e alli deixarei por espaço de alguns dias, substituindo-a por outra de 3 em 3 dias si accaso ella ficar entupida por mucosidade.

Com excepção d'esses casos só no fim de 8 a 12 dias depois da urethrotomia é que procuro examinar de novo o calibre da urethra, e ainda não observei um só caso entre muitos operados

de urethrotomia, nos quaes a urethra deixasse de dar passagem á mesma véla que depois da operação tinha introduzido para verificar o seu resultado.

Ha doentes, meus senhores, que no fim de 12 a 24 horas depois da urethrotomia sentem difficuldade em ourinar ou são acommettidos de retenção de ourinas. Este accidente não depõe cousa alguma contra a operação, nem indica que esta tenha sido insufficiente.

No maior numero dos casos, a retenção se liga á inercia ou atonia, que tem-se apoderado da bexiga, em consequencia da distensão em que vivia submettida pelos obstaculos que o estreitamento oppunha á passagem completa da ourina, atonia, que persiste ainda depois da operação, mas que com facilidade podeis combater com a extracção da ourina por meio da sonda. Em outros casos, porém, a retenção é acompanhada de desejos horriveis de ourinar, e geralmente depende da irritação do collo da bexiga, ou da insufficiencia da incisão do tecido do estreitamento, donde resulta uma inflammação neste ponto com obliteração quasi completa da luz do canal.

Apresentou-se no meu escriptorio no dia 4 de Setembro, pela 6 horas da tarde, um moço que se achava em verdeiro desespero por causa de uma retenção de ourinas quasi completa. Soube que na vespera o tinhão operado de um estreitamento, com um desses instrumentos annunciados diariamente como uma maravilha para taes casos. O doente já tinha estado por horas em banho morno sem conseguir a expulsão de qualquer gotta de ourina, e a bexiga elevava-se bem sensivelmente a quatro dedos acima do pubis. Resolvi-me então a fazer o catheterismo com umas vélas conicas ôcas de gomma-elastica, e não pude chegar com ellas á bexiga. Na porção bulbosa havia um aperto organico consideravel, que com algum cuidado da minha parte admittia a extremidade delgada da véla, mas que a apertava por tal modo, que era preciso algum esforço para retiral-a. Com muita paciencia

pude, no fim de hora e meia, levar á bexiga uma véla de dous mellimetros de diametro, dando immediatamente sahida á ourina alli contida, e que fôra a causa de tantos soffrimentos.

Recommendei então ao doente que fosse para casa, e se mettesse em um banho morno, onde devia se conservar por uma hora mais ou menos.

Não houve durante a noite retenção de ourina, mas esta no dia seguinte sahiu em pequeno jacto como antes da operação que elle havia soffrido. Renovei o catheterismo, e ainda uma vez verifiquei que o estreitamento ou não tinha sido cortado, ou apenas fôra escarificado. Em todo o caso esse individuo tem de soffrer uma nova operação.

Quando a urethrotomia é convenientemente executada pode-se em semelhantes circumstancias combater o mal por meio de banhos prolongados, e praticar immediatamente o catheterismo da urethra, afim de dar sahida a ourina contida na bexiga. E' preciso proceder então com delicadeza e paciencia extraordinarias, e lembrai-vos sempre de que nada conseguireis por meio da força. Si não vos restar duvida ácerca da existencia de um estreitamento, e conseguirdes introduzir uma das vélinhas conductoras do instrumento de Maisonneuve, adaptareis nellas o catheter respectivo, e praticareis a urethrotomia. Si puderdes extrahir a ourina, é conveniente deixar a operação para quando a irritação e inflammação do canal tiverem desapparecido.

Nos meus dous doentes as incisões forão praticadas na parede inferior do canal, mas, como vos disse, Philipps e outros cirurgiões tambem as fazem sobre a parede inferior, e já a este respeito tinha eu ha muito tempo dado igual preceito, pois que receiava que, em consequencia das arterias bulbosas, se podesse causar o ferimento dellas com as incisões na parede superior ou nas paredes lateraes.

A urethrotomia estudada á luz dos factos é uma operação, meus senhores, que póde dar excellentes resultados, quando

empregada a proposito ou nos casos convenientes; mas não é operação que para sempre ponha o individuo ao abrigo dos estreitamentos, a menos que se tenha o cuidado de impedir as novas manifestações do processo morbido pela introducção periodica de vélas ou sondas na urethra.

A questão da urethrotomia deve caminhar hoje para o terreno em que ha longo tempo se achão a talha e a lithotricia: não se podendo negar a utilidade, o que convém é que sejão indicados os casos em que a operação deve mais commummente aproveitar, afim de que não se esteja a provocar contra o seu emprego uma reacção tanto mais justa, quanto na verdade alguns medicos pouco conscienciosos têm abusado della por modo que não se póde tolerar, ou admittir. Não ha cirurgião que tenha acompanhado os progressos da sciencia, que não reconheça que a urethrotomia seja tão util nos casos indicados como a dilatação; mas não seria judicioso que a preferisseis invariavelmente a quaesquer outros methodos racionaes de que dispõe a sciencia para a cura dos estreitamentos.

Quaes são pois as vantagens da urethrotomia? Para resolver convenientemente esta questão, deverei indicar os casos em que mais propriamente essa operação achará a sua opportunidade.

Já vos disse que os estreitamentos complicados de fistulas ourinarias constituíão casos em que a urethrotomia era perfeitamente indicada, por isso que a dilatação exige muito tempo durante o qual a ourina continúa a passar pelos trajectos fistulosos, e a tornar mais difficil a cicatrização destes, ao passo que com a urethrotomia o canal adquire logo o calibre sufficiente, e nelle póde deixar-se uma sonda para dar sahida á ourina até á cicatrização final.

Foi levado por estas considerações que pratiquei a urethrotomia no doente de que me tenho occupado.

A observação tem mostrado que, em alguns individuos, o menor contacto da véla ou sonda no canal da urethra desperta

calafrio intenso, seguido de reacção febril de typo intermittente, ou remittente, que os colloca em condições não só desagradaveis como mesmo perigosas. Nestes casos é preciso lançar mão do sulphato de quinina, logo que se der a apyrexia, e só continuar com a dilatação até que este meio tenha dado ao canal o calibre sufficiente para a passagem do catheter conductor, afim de se praticar sem demora a urethrotomia. Com esta operação não só facilita-se a passagem das ourinas, como tambem previne-se a repetição dos accidentes febris. Dahi nova indicação para a urethrotomia, todas as vezes que a introducção das sondas despertar ou fôr causa da manifestação de calafrios e de reacção febril.

Tereis algumas occasiões de encontrar estreitamentos complicados, como já vistes em um doente este anno, de retenção das ourinas e então si em casos taes não podesseis dar sahida ás ourinas por meio da sonda, e fosse possivel passar a véla conductora e o catheter do urethrotomo, deverieis praticar a operação ou incisão do estreitamento. Convém em semelhantes condições conhecer bem a causa da retenção, ou ver si esta está ligada ao espasmo do collo ou á inflammação da prostata; e só quando fôr devida a estreitamentos é que deveis pensar na urethrotomia.

Poderia reduzir a esses casos as indicações da operação; mas parece-me que não se deve dispensal-a quando o estreitamento fôr proveniente de um traumatismo ou resultar da cicatrisação de uma ulcera da urethra. Assim tambem quando o estreitamento fôr complicado de caminhos falsos e o catheterismo difficil, si o cirurgião conseguir levar uma vez a véla conductora pelo canal verdadeiro até á bexiga, não deverá hesitar em praticar a urethrotomia. Só esta cederá o passo á uma outra operação si as difficuldades forem invenciveis e houver ao mesmo tempo a retenção acompanhada de infiltração ourinosa com reacção febril mais ou menos intensa.

Alguns cirurgiões achão que a urethrotomia é tambem indicada nos casos em que houver necessidade de praticar-se a lithotricia, afim de se dar maior calibre ao canal da urethra; mas na ausencia de estreitamento, e a menos que o calculo não se ache engasgado no canal, julgo mais conveniente a dilatação, porque prepara-se a urethra com menos esforços e sem traumatismo algum, e, quando se tiver de prender ou quebrar o calculo, os estilhaços ou fragmentos deste não produzirão na retirada excoriação, nem augmentarão o traumatismo resultante da incisão das paredes da urethra.

As indicações da urethrotomia, como vedes, meus senhores, são em grande numero, e esse meio reunido ao methodo da dilatação pode satisfazer quasi todas as exigencias da pratica.

Mas, qualquer que seja o processo de que lanceis mão, a urethrotomia, como disse, não determina a cura dos estreitamentos, si é que entendeis por cura radical a restituição do calibre regular do canal do urethra, sem que se exija do doente a continuação do tratamento. A cura com effeito não póde persistir senão sob a condição de se introduzir de 15 em 15 dias ou com menor intervallo uma véla no canal da urethra, e por excepção é que de outro modo não apparece o estreitamento.

Este resultado é tambem o que se observa por meio da dilatação, e na verdade ha casos em que, combatido o estreitamento por esse methodo, se não houver o cuidado de continuar o tratamento, o aperto se manifestará de novo, e levará a urethra ao antigo estado. Entretanto, em si mesma, a dilatação não é tão perigosa como a urethrotomia, e parece-me, pelo que tenho observado, que o estreitamento tratado por aquelle meio não se reproduz em tão pouco tempo como por este.

SEXAGESIMA SEXTA LIÇÃO

RETENÇÃO DE OURINAS E FEBRE URETHRAL

SUMMARIO:—Tres casos de doentes das vias ourinarias.—Historia do caso em que a retenção das ourinas representava a grave complicação de um estreitamento da urethra.—Phenomenos determinados por esse accidente.—Mecanismo da retenção ourinaria.—Causas que influem na sua producção.—Necessidade da intervenção.—Meios a empregar.—Vantagens da urethrotomia.—Motivos que obrigão n'esses casos a deixar uma véla na urethra.—Reacção febril consecutiva.—Marcha que segue este accidente.—Ha duas fórmas de febre urethral.—Fórma intermittente simples e fórma remittente ou continua.—Caso da febre urethral remittente e continua.—Pathogenia da febre urethral.—Podem-se reduzir a tres theorias todas as explicações apresentadas ácerca da febre urethral.—A absorpção das ourinas ou de algum de seus principios não é admissivel.—As causas não dependem sempre da nephrite ou da uremia.—Só póde aceitar-se a doutrina da infecção septicemica.—Na febre urethral encontrão-se todas as manifestações da septicemia.—Tratamento prophylatico e curativo da febre urethral.—Conclusão.

MEUS SENHORES,

Tres casos de molestias das vias ourinarias têm sido observados neste serviço ; o primeiro foi relativo a um individuo que, depois de haver apresentado alguns cancros venereos da glande e uma blennorrhagia, fôra acommettido de um estreitamento organico da porção peniana da urethra, complicado de fistula ourinaria na face dorsal do membro viril, logo abaixo da região pubiana, e no qual, apezar de haver por meio da urethrotomia interna destruido a coarctação urethral e obtido a cicatrização da fistula, vi desenvolver-se uma cystite purulenta, e uma diarrhéa que lhe acarretarão a morte no fim de vinte dias, pouco mais ou menos ; o segundo caso se referia a um doente de 70 annos de edade, o qual, em virtude da prostração profunda em que se achava, foi acommettido de uma atonia da bexiga que lhe deixava a ourina retida

no reservatorio respectivo, seguindo-se, apezar da extracção diaria desse liquido, uma febre urethral continua que determinou por fim a morte do doente em questão; o terceiro caso, que se acha em tratamento e sobre o qual desejo chamar a vossa attenção, é relativo a um individuo de 37 annos de edade, ferreiro de profissão, de constituição robusta, o qual, apezar de algumas molestias febris que tivera, ha gozado de uma saude mais ou menos regular. Elle me referiu que, ha cinco annos a esta parte, fôra acommettido de blennorrhagia urethral que lhe duràra, com alguns intervallos de melhora, por espaço de um anno. Logo depois começára a sentir difficuldades em ourinar, as quaes augmentárão até que por fim elle não expellia as ourinas senão gotta a gotta. Em virtude desse estado se recolheu a uma das enfermarias deste hospital, onde, depois de sondado, fôra operado pelo meu distincto collega o Sr. Dr. Catta Preta. Por espaço de tres annos, depois da operação, não sentiu difficuldade em ourinar; mas no fim delles a emissão das ourinas foi-se tornando mais difficil, pelo que recorreu a um outro cirurgião, que procurou pela dilatação levar o canal ás suas condições normaes. Entretanto o abandono precoce desse meio fez com que as difficuldades de expellir as ourinas reapparecessem e que por fim o liquido não fosse lançado senão gotta a gotta.

Nestas condições se achava, quando no dia 2 de Setembro, depois de grandes fadigas produzidas pelo seu trabalho, querendo festejar a obra de que fôra encarregado, se entregára ao uso exagerado de bebidas alcoolicas. Experimentando então, pelo correr da noite, quando voltára a si, necessidade de ourinar, sentiu que, por maiores que fossem os esforços empregados, nenhuma gotta de ourina podia expellir, pelo que se recolhêra na manhã do dia 3 do corrente mez de Setembro a este hospital, onde veio occupar o leito n. 32 do serviço clinico a meu cargo.

Antes de vos indicar o procedimento cirurgico que tive neste caso, e de apreciar as vantagens da operação que pratiquei,

permitti, meus senhores, que chame a vossa attenção para a successão dos phenomenos que aqui forão observados, e que são sempre identicos quando dependem de apêrtos organicos da urethra.

O doente em questão sentia dôres intensas no baixo ventre, e de momento a momento empregava esforços involuntarios e penosos para expellir as ourinas, mas sem conseguir cousa alguma. A região hypogastrica era occupada por um tumôr molle, fluctuante, um pouco sensivel á pressão e cujo apparecimento datava do tempo em que a impossibilidade de expellir as ourinas se manifestára, e á vista, pois, dos commemorativos e dos phenomenos observados, não restava a menor duvida de que se tratava de um caso de retenção de ourinas provocada por um estreitamento organico e antigo do canal da urethra.

Não é difficil, sem duvida, explicar o mecanismo da retenção de ourina neste e n'outros casos identicos; mas, apezar disto, nem todos vós talvez estejais bem certos das condições que mais podem influir na producção desse accidente, e assim supponhais que este seja devido ao estreitamento propriamente dito. Elaborais entretanto em um erro que se dissipará, reflectindo em que o doente soffria ha longos annos do estreitamento, e ainda que sentisse difficuldade em ourinar não fôra acommettido da retenção senão ha dez horas. O estreitamento representava sem duvida o papel de causa predisponente, mas é preciso que se reunão outras condições e tomem estas o caracter de causa occasional, para que a retenção ourinaria se manifeste, e entre essas condições a distensão da bexiga representa um papel importante. Em verdade não ignorais que, no maior numero de casos de estreitamento organico da urethra, a bexiga lucta constantemente contra este, afim de lançar a ourina que alli se reune; mas apezar dos esforços sempre fica certa quantidade de liquido que produz alguma distensão do reservatorio respectivo, além de que a contracção amiudada que n'este se opera determina em regra geral a hypertrophia do orgão. Mas tambem todos esses phenomenos não se apresentão

de um dia para outro, nem essa distensão moderada é causa productora ou determinante da retenção ourinaria; porquanto a bexiga nesse estado póde luctar contra o obstaculo e expellir o excesso da ourina. Entretanto dado o caso de que as contracções normaes cessem momentaneamente por fadiga ou excesso de bebidas alcoolicas, o individuo, esquecendo-se então de satisfazer as suas necessidades, deixa que a bexiga se encha e distenda-se pela ourina, e quando sahe, por exemplo, do estado de embriaguez em que cahira, e quer satisfazer a necessidade de ourinar, a fibra muscular, que se acha muito distendida, não obedece por seu lado aos esforços empregados, e por este modo a retenção se declara, vindo a distensão da bexiga ser causa e effeito deste estado!

A distensão vesical influe por tal modo na retenção ourinaria, que independente de estreitamento da urethra, esta pode manifestar-se. E' assim que nos individuos muito velhos ou que se achão debaixo de estados graves, quer por falta de cuidado, negligencia e esquecimento, quer por impossibilidade de satisfazer as suas necessidades, a bexiga se distende por grande copia de ourina, e vem por este meio a dar-se retenção mais ou menos completa.

E' o caso do velho mendigo que aqui se apresentou com uma retenção de ourina: a prostação em que elle jazia e a indifferença brutal em que vivia mergulhado, fazião com que elle não satisfizesse a necessidade que tinha de ourinar, e então a retenção se declarára e me obrigára a fazer diariamente o catheterismo da bexiga.

Applicados os factos que acabei de referir ao doente do estreitamento com retenção completa de ourina, vê-se que até ao dia 2 de Setembro não houve impossibilidade alguma em expellir com maior ou menor liberdade o excesso de ourina, pois que não deveis suppôr que toda ella fosse lançada para fóra; mas não precisou nada mais para que a retenção se declarasse do que a fadiga do trabalho e o excesso de bebidas alcoolicas, que, lhe

transtornando a razão, o fizerão esquecer a satisfação de suas necessidades habituaes.

Nem em todos os casos, porém, a distensão do reservatorio ourinario é a causa occasional mais importante da retenção: a irritação, inflammação e contracção espasmodica da porção muscular da urethra influem grandemente na producção desse terrivel e penoso accidente. E' por isto que se torna tanto maior a retenção quanto mais intensa se mostra a inflammação do canal da urethra, já pela introducção improficua de sondas, já pelos esforços a que se entrega o doente afim de expellir a ourina; e a prova que, da irritação e excitação em que se acha o individuo, resulta uma contracção espasmodica das fibras musculares da urethra, é que quando retira-se a véla de que nos servimos para praticar o catheterismo, ainda que apenas tenhamos chegado ao ponto estreitado sem penetral-o, vem logo após ella, como tivestes occasião de observar nesse doente, um pequeno jacto de ourina que produz momentaneamente algum allivio.

Entre essas duas ordens de causas cuja influencia reciproca não se póde pôr em duvida, e que são representadas de uma parte pelo estreitamento urethral e de outra pelas condições occasionaes como a distensão vesical, a inflammação e a contracção espasmodica da urethra, não ha duvida, meus senhores, de que a maior influencia cabe ao estreitamento. E' este que, provocando a bexiga á uma reacção constante, acaba, em virtude de sua tenacidade e persistencia, por trazer pouco a pouco a hypertrophia do orgão com a distensão, até que esta, encontrando uma circumstancia que a leve além dos limites naturaes, occasiona a retenção mais ou menos completa da ourina.

Não poderá, pois, o cirurgião fazer com que cesse a retenção sem destruir o estreitamento ou dar á urethra um calibre que torne mais ou menos facil a passagem da ourina. E foi levado por estes principios que institui o tratamento do doente em questão. Não podia deixal-o entregue as consequencias da retenção

ourinaria, das quaes a menor seria a ruptura da urethra abaixo do estreitamento e a infiltração da ourina seguida de inflammação gangrenosa de uma das regiões vizinhas, ou então de um trajecto fistuloso.

Tomei por este modo a deliberação de não abandonar o doente emquanto não désse sahida á ourina contida na bexiga. Sabia que para a retenção entrava como elemento poderoso a contracção da porção muscular da urethra, e podia para combatel-a lançar mão dos banhos mornos prolongados e fazer applicações de sanguesugas ao perineo; mas o effeito ou resultado seria incerto e demorado, e bem critico era o estado do doente.

Fazei sempre o que fiz, e nunca em casos identicos abandonai o doente emquanto não fôr combatida a retenção ourinaria. E' preciso muita paciencia e resignação, as quaes são depois compensadas grandemente com o beneficio que se proporciona ao infeliz doente.

Por espaço de cinco quartos de hora procurei, por meio de vélas e algalias de diversos calibres e fórmas, vencer os obstaculos oppostos á passagem desses instrumentos pelo estreitamento, e já sentia-me muito fatigado e quasi desanimado de levar ao fim o meu intento naquella occasião, quando inesperadamente vi que o estreitamento era vencido pela véla capillar que serve de conductor ao catheter do urethrotomo de Maisonneuve. Foi para mim um instante de ineffavel prazer, tanto mais quanto nenhum dentre vós e dos collegas que tinhão visto o doente contava com esse resultado!

Estava vencido o obstaculo principal, e tinha qnasi certeza de que em poucos minutos a retenção deixaria de existir. Póderia empregar a dilatação; mas, ainda que este methodo possa servir em certos periodos dos estreitamentos da urethra, para o caso actual não preencheria as indicações que se offerecião. Retirando a véla capillar, que tinha sido levada até á bexiga, para substituil-a por outra mais grossa, era desconhecer as condições

da urethra e os elementos que occasionão a retenção de ourina; e por isto tratei immediatamente de adaptar á véla conductora o catheter e fazer correr pelo rego que este apresenta em sua face convexa a lamina do urethrotomo, com a qual cortei ou incisei o estreitamento de diante para traz, e por ultimo de traz para diante, afim de que fosse sufficiente o calibre dado á urethra. Não descreverei a operação em si, pois que já o fiz em outra occasião; mas não me furtarei ao dever de vos lembrar que em seus resultados immediatos nada ha que se compare á urethrotomia, que tambem não é inferior em seu resultado definitivo á dilatação gradual e á divulsão.

A operação correu magnificamente bem; o corrimento de sangue foi insignificante. Retirado então o apparelho com que a pratiquei, levei immediatamente uma sonda de gomma-elastica n. 18 até á bexiga, e dei sahida á ourina alli contida.

O allivio que desde logo o doente experimentou foi immenso; com elle vierão a calma do espirito e a expressão do contentamento que succedem aos grandes soffrimentos.

Ha muito tempo, como podeis ver nas lições de clinica que tenho publicado, e em virtude de estudos comparativos feitos no serviço cirurgico a meu cargo, que adoptei o methodo de retirar a sonda que tem servido para dar sahida á ourina ou marcar o calibre que ganha a urethra depois da operação, pois que nenhuma vantagem encontrei até hoje em deixal-a fixada por 24 horas ou mais tempo, como fazem todos os cirurgiões francezes; mas no doente em questão me affastei das regras que tenho seguido, e com effeito, pensando que com o longo catheterismo que pratiquei e com os esforços que o doente empregava para ourinar podesse haver alguma ruptura da mucosa urethral, por onde a ourina se tivesse infiltrado, mandei então fixar a sonda e deixal-a em permanencia, para que assim o escoamento da ourina se tornasse facil, e não se desse qualquer progresso na infiltração que por acaso existisse.

Desde que principiei a praticar o catheterismo da urethra fiz dar ao doente 60 centigrammas de sulphato de quinino, para prevenir os effeitos da febre urethral, e então depois da operação recommendei ao doente que se conservasse no maior repouso, e me limitei a mandar-lhe cobrir a região hypogastrica e o perineo com uma cataplasma de farinha de linhaça bem laudanisada. No dia seguinte encontrei o doente nas melhores condições possiveis: não havia reação febril e a ourina correu toda a noite perfeitamente bem. O segundo e o terceiro dias forão passados sem novidade, seguindo-se o mesmo tratamento; mas no quarto soube que o doente, tendo na noite precedente retirado a sonda, fôra no fim de algumas horas acommettido de um calafrio violento, seguido de reação febril que terminou por suores abundantes. Na occasião da visita pela manhã do quarto dia elle se achava apyretico; o corpo estava ainda humido de suor, a pelle macia e fresca, a lingua em boas condições, continuando a ourina a ser expellida com os intervallos regulares e sem a menor difficuldade. Mandei administrar-lhe uma gramma de sulphato de quinina, e dar-lhe á vontade a limonada sulfurica.

Até hontem 12, os accessos não se tinhão repetido; mas á noite passada novo calafrio ainda mais violento do que o primeiro se manifestára, seguido de reação febril, que tem persistido até agora, em que começa a se declarar ou desenvolver-se a diaphorese. Recommendei ao interno que fizesse dar duas grammas de sulphato de quinina e a limonada sulfurica logo que o accesso terminasse. Espero combater por esse meio, que será prolongado por mais alguns dias, a febre, diminuindo progressivamente a dóse do quinino á medida que as condições desse doente forem melhorando.

Eis ahi um novo accidente desenvolvido n'um doente, e que não é menos grave, nem merece menos cuidado do que a retenção ourinaria; porquanto póde ser mais rapido em seus effeitos do que esta e acarretar a morte do doente em poucas horas. Esse

accidente, conhecido debaixo do nome de febre urethral, póde desenvolver-se em todos os traumatismos da urethra. Em alguns casos é bastante a simples introducção de uma véla ainda que filiforme no canal para que elle se manifeste e determine a morte do doente; mas tenho observado que o accidente apparece nestas condições quando penetra-se com a véla no reservatorio ourinario ; e assim lançando mão da dilatação para combater um estreitamento, emquanto não se chega à bexiga, o doente nada experimenta, mas no dia em que a véla tem penetrado no interior do orgão, ou atravessado o collo da bexiga, a febre logo apparece, revestindo no maior numero de casos o caracter intermittente. O repouso no leito, o uso das bebidas diaphoreticas durante a reacção febril, e do sulphato de quinina em dóse mais ou menos elevada na apyrexia, são sufficientes para que o individuo entre em suas condições normaes.

A febre urethral não offerece em todos os casos o caracter intermittente. A's vezes torna-se quasi continua ou apenas remittente, e então não é raro que nestas condições se esteja passando um trabalho fleimasico ou inflammatorio, quer no apparelho ourinario, como aconteceu com um dos doentes, dos tres que aqui na clinica têm sido observados, quer então nas articulações ou em qualquer outra região ou apparelho organico, o que é revelado pelos caracteres proprios da lesão. Não é raro que tambem se declare um fleimão circumscripto do tecido cellular subcutaneo, o qual termina pela suppuração. Quando a reacção febril torna-se continua e que ha essas manifestações locaes, o prognostico é mais favoravel do que quando tiverdes occasião de observar a inflammação para o lado de orgãos profundos e para as articulações.

Na febre urethral se podem, pois, meus senhores, distinguir duas fórmas principaes : uma intermittente, outra remittente ou continua.

Alguns auctores descrevem outras formas como sejão a typhica, sudoral, suffocante, hemorrhagica, pneumonica, etc. Todas

essas formas constituem manifestações da febre continua ou remittente.

Em 1873 em um dos doentes a que já me tenho referido, tive occasião de observar a fórma remittente ou continua da febre urethral.

Chamava-se o doente João Baptista Loiseau. Era belga, de 40 annos de idade, de temperamento sanguineo e de constituição robusta.

Soffria ha tempos de um estreitamento organico da urethra de que foi operado no dia seguinte áquelle em que entrára para o hospital, e a operação preferida foi a urethrotomia. Depois desta foi introduzida uma sonda n. 18.

Cerca de duas horas depois da operação, elle foi victima de um violento calafrio acompanhado de tremor do corpo e de bater dos doentes ; e, segundo me referio o distincto interno de então o Sr. Dr. Pereira Portugal, houve abaixamento da temperatura peripherica, concentração e fraqueza do pulso, chephalalgia e vomitos.

A's 4 horas da tarde o thermometro marcava 39.º ; o calor tinha voltado á peripheria e era intenso, e começou a apparecer uma diaphorese abundante.

N'essa occasião o doente sentio muitos desejos de ourinar e ao satisfazel-os a sonda foi expellida, tendo o interno installado uma outra, logo depois.

A's 5 horas os suores erão profusos e abundantes ; a temperatura estava pouco acima da media physiologica, mas o pulso ainda era fraco.

A's 7 horas o accesso havia terminado, e administrou-se então ao doente uma gramma de sulphato de quinino. O accesso não voltou no dia seguinte, mas continuou-se ainda com o uso do quinino durante os dias 25 e 26 de Maio, sendo retirada naquelle dia a sonda. Durante duas semanas o estado do doente foi satisfactorio e a emissão das ourinas se fez sem difficuldade.

Em 8 de Junho, ou 15 dias depois da operação, o doente pedio a sua alta, mas coms eu desejasse verificar o resultado da urethrotomia, passei então uma sonda de Beniqué n. 38 sem encontrar a menor difficuldade. Aconselhei-o que repousasse mais umas 24 horas, e prometti dar-lhe alta no dia seguinte.

Na visita de 9 de Junho soube que, á tarde do dia anterior, o doente tivera calafrios e febre que durára a noite inteira.

Examinada a temperatura, notou-se 38.°,5 ; o pulso se elevava a 106. O doente não tinha appetite, queixava-se de difficuldades de ourinar sendo a micção acompanhada de dores.

Prescrevi uma poção diaphoretica com 24 gottas de tintura de aconito e 12 grammas de acetato de ammonia, e ordenei que na apyrexia fossem-lhe administradas 1,50 centigrammas de sulphato de quinina em duas doses.

No dia 10 do Junho o doente estava apyretico e forão-lhe dados mais 60 centigrammas de quinino.

Ao meio dia elle teve novos calafrios, seguidos de elevação de temperatura. Continuou a ter difficuldade em ourinar, sendo a emissão ourinaria feita gotta a gotta.

No dia 11 houve pela manhã remissão dos symptomas pelo que mandei administrar mais 60 centigrammns de quinino.

Uma hora depois da ingestão do medicamento teve uma ligeira sensação de frio seguida de reacção febríl. A' noite delirou.

Junho 12.—Grande abatimento, a lingua secca e coberta de saburra pardacenta, anorexia e augmento de intensidade dos mais symptomas ; embotamento das faculdades sensoriaes.

Prescripção:—Mistura salina simples 500 grammas ; Tintura de aconito 24 gottas ; Xarope de quina 30 grammas, para tomar um calice de hora em hora.

A' tarde não houve remissão ; á noite augmentou o delirio.

Junho 13.—Febre continua e lenta (38°2) pulso frequente (90 puls.) ; manifestão-se symptomas ataxo-adynamicos taes como brilho notavel dos olhos, embotamento das faculdades sensoriaes,

delirio tranquillo e monotono, a pelle é arida, a lingua e os dentes cobertos de fuliginosidades escuras, abatimento extremo. A articulação radio-carpeana direita augmentada de volume, bastante rubra, difficuldade extrema de movel-a.

Continúa a mesma prescripção e manda-se collocar na região inflammada uma cataplasma de linhaça.

A's cinco horas da tarde perda dos sentidos, desenha-se a face hippocratica prolongando-se a agonia até ao dia seguinte ás 9 horas da manhã

Autopsia. (24 horas depois da morte.) Derramamento seroso no espaço sub-arachnoidiano, e nos ventriculos cerebraes, massa encephalica sem pontilhados e de consistencia normal. Congestão hypostatica para a parte posterior dos pulmões.

O coração, baço, pancreas e intestinos normaes. Figado augmentado de volume e congesto.

As principaes lesões estavão assestadas no apparelho ourinario:—a mucósa urethral friavel desde o meato ourinario até á porção bulbósa do canal; a bexiga muito injectada e espessa não continha uma gotta de ourina; rins cobertos de espessa camada de gordura muito adherente á capsula, esta rija ao córte do escalpello e o parenchyma do orgão completamente amollecido. Por um indesculpavel descuido não foi aberta a articulação inflammada.

Já vêdes pois, pelos dous casos que acabei de vos referir, que é sem duvida digna da mais seria attenção a manifestação febril a que se dá o nome de *febre urethral, uremica, ourinosa* ou *febre ammoniaca, intoxicação* ou *infecção ourinosa.*

Antes de Velpeau e de Civiale ninguem havia indicado essa entidade morbida, certamente porque a confundião com os accessos de febre paludosa ou perniciosa.

Mas, despertada a attenção dos cirurgiões e especialistas para essa complicação que podia algumas vezes manifestar-se no decurso das molestias das vias ourinarias e principalmente depois

de insignificantes operações praticadas sobre o canal da urethra, ninguem mais deixou de estudar os seus effeitos e de indagar por modo especial quaes erão as condições a que se poderia ligar um accidente que tão insidiosamente se desenvolve e que de um momento para outro póde ter uma terminação fatal.

As explicações apresentadas a este respeito são numerosas, e cada especialista ou cirurgião tem formulado hypothese sobre hypothese sem que se possa entretanto chegar ao conhecimento exacto da pathogenia da febre urethral.

Todas as indagações feitas até hoje se reduzem verdadeiramente a produzir tres theorias principaes sobre as causas que podem determinar a manifestação desse accidente.

Quando pela primeira vez o professor Velpeau fez ver as relações entre o estado febril e certas operações da urethra, formulou então a hypothese de que talvez algum dos elementos da ourina fosse por uma causa desconhecida forçado a entrar na circulação, e determinasse todos os phenomenos proprios da febre urethral.

D'ahi nasceu a theoria da absorpção ourinaria, á qual se ligão tambem com algumas variantes as hypotheses de Civiale, de Susini, de Reliquet, do professor Gosselin e de muitos outros pathologitas. E' sempre a absorpção da ourina que representa o papel principal, quer se dê a absorpção pela urethra, quer tenha ella logar pela bexiga. Para se mostrar o valor dessa theoria não faltárão experiencias, por meio das quaes ficou fóra de duvida que a bexiga não absorve quando revestida de seu epithelio, mas que o contrario se dará quando este fôr destruido, de modo que se tirou desde logo a conclusão de que havendo em consequencia da alteração das ourinas em caso de estreitamento erosões vesicaes e urethraes, quer espontaneas, quer traumaticas, a absorpção ourinosa se realisa e produz a febre urethral.

Repugnei sempre em aceitar essa theoria porque tenho observado muitos casos de infiltração ourinaria, e ainda que as condições fossem então muito propicias para a absorpção das ourinas,

todavia os phenomenos que se manifestárão na generalidade dos casos não se assemelhavão aos da febre urethral nem pela marcha, nem pela gravidade.

Muito mais admissivel seria para mim a hypothese formulada pelo Dr. Pedrigeon, que attribue a febre urethral não á absorpção da ourina mas á de principios ammoniacaes que se formão com a decomposição d'aquelle producto de secreção.

Depois da theoria da absorpção ourinaria, veio a theoria indicada pelo professor Verneuil, na qual a febre urethral é attribuida á uma inflammação renal, d'onde resultaria uma uremia especial, que se converteria em *ammonihemia* pela transformação da uréa em carbonato de ammonea.

A nephrite póde ter logar em virtude de um estreitamento organico da urethra, e terminar por alterações profundas dos rins como já tive occasião de vos mostrar. A uremia ou urohemia póde manifestar-se e produzir a morte dos doentes, mas os symptomas da febre urethral são inteiramente diversos dos phenomenos determinados pela inflammação renal e pelas outras manifestações morbidas que lhe são consecutivas.

Os phenomenos da febre urethral só se assemelhão aos das septicemias, e para mim a febre urethral não é mais do que uma septicemia, isto é, uma affecção dependente da introducção no organismo de bacteridias ou de vibriões, como tem sido por um modo bem positivo demonstrado por Salysbury, Pasteur e muitos outros investigadores.

Fazer pois a historia da febre urethral, seria voltar á historia das septicemias, e a este respeito já vos fallei longamente em outras conferencias.

Nas manifestações da febre urethral encontrão-se as duas fórmas de septicemias—benigna e maligna. A primeira se traduzindo como no doente ha dias operado de retenção de ourinas, por um ligeiro calafrio seguido de reacção febril que se dissipa no fim de poucas horas, phenomenos estes tambem observados em

grão um pouco mais pronunciado no segundo doente. A ultima se revelando de novo n'este mesmo doente no decimo quinto dia depois da urethrotomia e apenas sob a influencia de um simples e facil catheterismo da urethra feito para verificar o calibre que esta apresentava depois da urethrotomia!

Nesta segunda fórma encontrão-se as lesões variadas das septicemias desde a simples congestão de orgãos importantes provocada pelas bacteridias até ás diffusões purulentas nas articulações e ás phlebites embolicas com os abscessos chamados metastaticos.

As mesmas condições que favorecem a manifestação das septicemias, podem dar origem á febre urethral; portanto os mesmos meios therapeuticos tanto prophylaticos como curativos podem ser empregados nos casos de reacção febril desenvolvida depois das operações praticadas sobre a urethra ou sobre os orgãos genito-ourinarios. D'ahi, meus senhores, a necessidade extrema que deve ter o cirurgião de não praticar nenhuma dessas operações sem que os seus instrumentos estejão perfeitamente desinfectados.

Em um hospital onde não está o serviço systematisado, as infecções septicemicas devem dar-se a cada instante, e não duvido que a sonda empregada no catheterismo de meu ultimo doente levasse o germen que depositado então em qualquer ponto excoriado da urethra desenvolvesse os phenomenos gravissimos que forão observados.

SEXAGESIMA SETIMA LIÇÃO

CALCULOS VESICAES E SUAS INDICAÇÕES CURATIVAS

SUMMARIO:—Exposição das porturbaçõos quo um doento do 13 annos aprosontava em suas funcções ourinarias.—Nocossidado da oxploração dos respectivos orgãos.—Pratica dos antigos.— Sous inconvoniontes para o reconhecimento dos calculos vosicaos.— Instrumentos proforidos.— Applicação dos anosthesicos om casos idonticos.— Como foi praticado o catheterismo.— Signaes colhidos por moio do exame.— Diagnostico da podra na bexiga. — Natureza do som alcançado.— Valor d'esto signal.— Composição dos calculos vesicaes. — Caracteres do cada especie.— Diagnostico da naturoza, volume e isolamonto ou adhorencia do calculo.— Causas de erro do diagnostico.— Casos referidos por Thompson.— Nocossidado do combinar o catheterismo vesical com a exploração rectal.— Causas do calculo no doonto observado.— Influencia da idado sobro os calculos.— Difficuldados do aprociação.—Inutilidado do tratamento pharmacoutico.— Tratamento cirurgico reprosontado pola talha o pela lithotricia.— Indicações para ostos dous mothodos do tratamento. — Razõos da proforencia dada noste caso á cystotomia ou à operação da talha.

MEUS SENHORES,

Tendes aqui debaixo de vossas vistas um pequeno doente de 13 annos de edade, de constituição fraca e de temperamento lymphatico, o qual foi admittido hontem 22 de Agosto de 1878 n'este serviço para se tratar de encommodos que experimenta nas funcções dos orgãos ourinarios. Acabastes de ouvir que elle me referio sentir ha tempo a esta parte dores na região lombar, e que ora lhe vem desejos de ourinar sem poder satisfazel-os, ora as ourinas são expellidas involuntariamente ou depois de esforços, experimentando dôres atrozes desde a bexiga até á base da glande e que se tornão entretanto mais intensas *durante* a micção, principalmente logo *depois que esta* se effectua. O doente accrescenta que as ourinas são turvas e de máo cheiro, e que algumas vezes já *têm vindo tinctas de sangue.*

Os orgãos externos da geração, como vêdes, têm o desenvolvimento proporcional á edade do doente. O monte de Venus ainda se acha despido de pellos, e apenas o prepucio offerece alguma exhuberancia ; mas com facilidade permitte que a glande possa ser descoberta.

O ventre é flacido, depressivel, e não offerece nem elevação nem tumor em qualquer região. A lingua está limpa e rosea, e as evacuações se effectuão diariamente não existindo outros phenomenos mais do que aquelles que se passão nos orgãos genito-ourinarios.

Desde já poderia assegurar-vos, em vista dos symptomas que este doente apresenta, que elle soffre mui provavelmente de calculo vesical. Com effeito, assim como vos tenho dito em outras conferencias, um individuo que tem sentido dôres lombares, e depois apresenta ourinas turvas e sanguinolentas, accusando dôres consideraveis *durante* e *principalmente depois da micção*, em 90 casos sobre 100 deve se achar sob a influencia de um calculo vesical, ou de um corpo estranho no reservatorio ourinario. Mas este diagnostico nunca deverá ser estabelecido, senão depois que tiverdes concluido ou completado por meio de explorações convenientes o vosso exame. E' ao catheterismo da bexiga que devemos em taes casos recorrer. Mas si, como vos disse a proposito dessa operação nos casos de estreitamento da urethra, são as sondas flexiveis e olivares que devem merecer a nossa preferencia, aqui neste caso tendo-se de procurar os effeitos resultantes do choque do nosso instrumento com o corpo contido na bexiga, não poderiamos alcançar resultado algum com as sondas ou vélas flexiveis, por isto torna-se necessario que lancemos mão de sondas metallicas. E' certo que poderiamos empregar as sondas flexiveis, e depois então as sondas metallicas, mas além de que não é cousa insignificante estar a introduzir sondas na bexiga, accresce que nos casos de calculo vesical, achando-se o orgão sob a influencia de uma excitabilidade consideravel, entra em

contracção violenta e expelle todo o liquido que nelle havia, de modo a tornar as explorações ulteriores com a sonda metallica quasi que impossiveis, ou pelo menos muito imperfeitas. E' por causa d'isto que vos tenho dito que é preciso sempre nos individuos que dizem soffrer das ourinas, fazer acquisição de certos elementos de diagnostico, afim de que sejão sempre adequadas, proficuas, e principalmente innocentes as nossas explorações.

Decidido portanto que é ás sondas metallicas que devemos recorrer, ainda é preciso dizer-vos que não é de modo algum indifferente lançar mão de qualquer sonda deste genero. Si o catheterismo com sondas rectas pouco auxilio nos presta na generalidade das explorações vesicaes, muito menos valor deverá offerecer quando trata-se do reconhecimento de um calculo vesical. Este repousando quasi sempre no baixo fundo da bexiga, ou em alguma prega ou seio vesical, escapa ao contacto da sonda, e não poderá nunca ser percebido. Os antigos cirurgiões servião-se das sondas metallicas curvas ordinarias, d'aquellas de que nos servimos para o catheterismo evacuador, e que fazem parte de todas as carteiras e caixas de cirurgia. Com ellas reconhecião os calculos vesicaes como a nós mesmo tem acontecido por mais de uma vez; mas quantos calculos hão de passar-vos desapercebidos como passárão aos antigos si persistirdes em servir-vos exclusivamente dessas sondas! Os calculos, como ha pouco vos disse, podem-se aninhar no baixo fundo da bexiga, ou serem por tal modo pouco volumosos que se occultão em um seio ou prega vesical, e si não empregarmos uma sonda cuja ponta possa fazer a exploração em todas as paredes do reservatorio ourinario, não chegaremos em muitos casos a reconhecer senão os calculos volumosos, e deixar desapercebidos os pequenos calculos vesicaes. E' o que acontecia aos antigos. Reconhecião os calculos volumosos, mas os pequenos calculos, cuja presença é tão util desde logo diagnosticar, passavão desapercebidos, e contra elles deixavão-se de empregar os meios mais apropriados. A grande curvatura das

sondas metallicas ordinarias não permitte que seja a sua ponta vesical voltada em todos os sentidos, e applicada ao baixo fundo da bexiga, e pois não devemos por estes motivos empregal-as na exploração desse orgão para o reconhecimento dos calculos e corpos estranhos vesicaes. E' á uma sonda metallica e cuja curvatura seja pequena e brusca, e com a qual possaes, ainda que haja hypertrophia da prostata, imprimir movimentos completos de rotação, que em taes casos devereis recorrer (fig. 65).

Ha tempos que me sirvo da sonda exploradora de Thompson, a qual é construida sob as melhores condições para nos fornecer

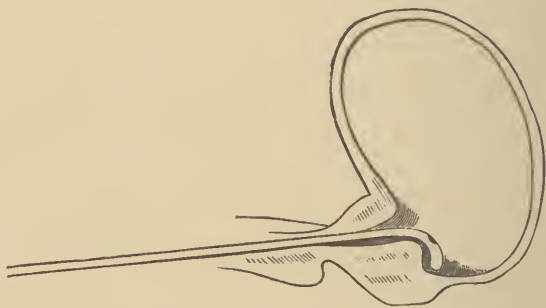



Fig. 65. — Diagramma destinado a mostrar as vantagens das sondas de pequena curvatura para as explorações da bexiga, porque chegão aos pontos em que se achão os calculos pequenos.

todos os dados de que precisamos para o diagnostico de um calculo vesical. Ella tem a mesma curvatura dos lithotridores, e é muito leve; o seu cabo cylindrico e grosso facilita os movimentos de rotação, e a sua extremidade vesical, com a fórma espheroidal, faz com que o contacto da pedra seja logo percebido ou reconhecido. Além disto, sendo graduada e munida de um passador, servirá para depois de reconhecida a pedra adquerir-se uma idéa mais ou menos approximada do volume do calculo. Em falta porém da sonda exploradora de Thompson, a qual não existe no arsenal cirurgico do hospital, vou servir-me de uma sonda metallica de pequena curvatura, com que espero

desde logo saber si este doente se acha ou não com um calculo vesical. O doente accusa entretanto taes soffrimentos dysuricos, e oppõe, como vedes, por meio de movimentos desordenados tantos obstaculos á exploração da bexiga que julgo util administrar-lhe o chloroformio. Está elle agora sob a acção deste agente anesthesico e mergulhado em profundo somno, e em casos identicos julgo que imitareis com vantagem o meu procedimento, e administrareis os anesthesicos aos vossos doentes, logo que oppozerem difficuldades insuperaveis ao catheterismo explorador. Em regra geral não ha necessidade de lançar mão dos anesthesicos. A dôr determinada pela exploração não é de natureza a exigir o emprego desses agentes. Mas aqui não pude prescindir do chloroformio, visto que o doente tornou-se surdo á qualquer exhortação, e aos meios persuasivos de que lancei mão.

Está praticado o catheterismo. O doente chloroformisado e em posição horisontal, teve um travesseiro passado sob as nadegas, de modo que a bacia me ficasse um pouco elevada. Colloquei-me, como faço em taes casos, ao lado esquerdo do doente. Prendi o penis entre os dedos medio e annular da mão esquerda, e com a direita tomei ou sustentei a sonda, mergulhei-a em oleo de oliveira phenicado, e procedi com ella ao catheterismo, segundo as regras que já vos dei relativamente á essa operação. Logo que o bico da sonda chegou á parte curva da urethra, a bexiga entrou em contracção e começou a expellir a ourina que alli se achava accumulada. Desde que aquella penetrou no reservatorio ourinario foi bastante um pequeno movimento para perceber que a extremidade roçava sobre um corpo estranho. Os movimentos que faço com a sonda são de levantamento e de abaixamento de seu pavilhão; quando o elevo sinto que a ponta passa sobre o calculo; quando o abaixo deixo de perceber ou sentir o contacto deste com a sonda.

As sensações que alcanço são tão precisas que agora não tenho o menor receio de affirmar que esse individuo soffre de um

calculo vesical; e tenho pesar de não estar aqui á mão e ter deixado em casa a minha placa resônante, porque com ella applicada ao pavilhão da sonda poderia ser percebido o som, resultante do contacto do calculo, por todas as pessoas que se achão aqui no amphytheatro.

Os que entretanto desejarem ter idéa do som que se obtem quando a sonda roça sobre o calculo, poderáõ vir applicar os dedos sobre o pavilhão do catheter.

O som, como acabárão de perceber, é surdo ou grave, o que é de importancia saber, visto que podemos por este meio formar um juizo a respeito da composição da concreção calcarea ou do corpo estranho.

Não ignoraes que não é sempre a mesma a composição dos calculos. A analyse chimica demonstra com effeito, que elles são constituidos, ora por uratos, ora por phosphatos, ora por oxalatos, ora finalmente por cystina.

Os tres quintos dos calculos são todos de uratos, quasi dous quintos são formados por phosphatos, e uma pequenissima fracção é que apresenta-se constituida por oxalato, ou por cystina. Para a escolha do meio de que se deve lançar mão para tratar o calculoso, é muito necessario saber qual a composição do calculo. A observação tem demonstrado que quando a formação do calculo é precedida da expulsão de areias vermelhas, como pimenta malagueta, e de dores lombares ou renaes, o calculo é provavelmente composto de uratos. São calculos procedentes dos rins; ao passo que os calculos phosphaticos se formão na bexiga em virtude de reacções que alli se dão entre os productos da decomposição do muco vesical e os elementos da ourina. Os calculos uricos são rigidos, mas pódem ser esmagados facilmente; os phosphaticos são excessivamente friaveis e pódem ser reduzidos a pó, como vedes nos dous especimens que vos apresento, mas os calculos de oxalato são duros como o ferro, e não ha instrumento levado á bexiga que os possa quebrar.

Para reconhecer essas quatro especies de calculos, deve-se pois prestar attenção ao som que é transmittido pela sonda quando ella os roça ou resvala sobre qualquer ponto de sua superficie, e então si o som tiver o caracter da nota grave é provavel que o calculo seja urico, si pelo contrario o som tiver o caracter da nota baixa pertencerá ao calculo phosphatico. O som com o caracter da nota aguda e clara é devido aos calculos de oxalato. Entretanto devo prevenir-vos de que esses signaes não são absolutos. O nucleo de um calculo póde ser constituido por uratos ou oxalatos, e revestido o resto de uma camada mais ou menos espessa de phosphatos; e então o som já não nos poderá ser de grande valor. Os meios pois que se tem á disposição para reconhecer na bexiga a natureza do calculo ainda são difficientes, e algumas vezes só depois da extracção é que se póde ficar certo de sua composição. Nestes ultimos tempos o professor Thompson, de Londres, tem empregado o microphono para reconhecer pelas differenças de som produzido a natureza dos calculos vesicaes, mas as experiencias não são ainda sufficientes para a solução da questão.

Servindo-me pois dos dados fornecidos pelo som que me transmittio o calculo do pequeno doente, e pelos phenomenos que precederão ao apparecimento de sua affecção, como fossem a emissão de areias, as dores renaes, etc., julgo que o corpo estranho é constituido por um calculo urico.

Si não deixa de ser util e muito conveniente ter uma idéa da composição do calculo, ainda mais importante é saber qual o volume deste, si existe um só ou mais, e si o calculo acha-se ou não adherente.

A sonda exploradora serve-me aqui para a resolução d'essas questões clinicas. Ao chegar com ella á bexiga e sentindo que tocava o calculo, mergulhei-a profundamente, e, retirando-a depois, pude formar idéa pela superficie que era tocada ou roçada que o calculo devia ter o volume de um ovo de pomba, ou pouco mais ou menos o diametro que regula de dous a dous e

meio centimetros; e movendo o bico da sonda de encontro a elle senti que se affastava do logar, pelo que conclui que era movel. Não satisfeito com o resultado alcançado quanto ao volume do calculo, tratei, como vistes, de levar mais longe a minha exploração. Mergulhei a sonda na bexiga, e por meio de um movimento completo de rotação impresso á sonda dirigi o bico d'esta para tráz, e, explorando com delicadesa a cavídade do orgão até ao seu baixo fundo, ahi de novo encontrei o calculo. N'estas condições tratei de prendel-o com o bico da sonda de encontro ao baixo-fundo da bexiga, e depois de ter marcado com o dedo o logar da sonda correspondente exteriormente ao meato ourinario abaixei um pouco o pavilhão, e retirando-a ao mesmo tempo procurei roçar com o bico toda a superficie do calculo, e notei então que a extensão era de dous a dous e meio centimetros. Todos esses exames, meus senhores, são excessivamente delicados e convém que sejão feitos, sem damno para o paciente, e vistes que, tendo o doente já voltado a si da chloroformisação, quando pratiquei a ultima exploração, os movimentos de rotação da sonda para apreciação do volume do calculo, forão acompanhados de signaes evidentes de dôr. Apezar porém de tudo o que acabei de vos dizer a este respeito, não se póde ter com a sonda senão noções approximadas do volnme de um calculo. Póde-se apenas saber si o calculo é mais ou menos volumoso; porém a medida exacta de seu volume só poderá ser alcançado por meio do lithoclasta. Um d'esses instrumentos, cuja grossura não seja maior que a de uma sonda ordinaria, poderá, em casos em que se torne rigorosamente necessario saber-se qual o volume exacto do calculo, ser levado á bexiga, e ahi prendido este entre os dous ramos do instrumento, se terá pelo affastamento da haste no exterior a medida do diametro da producção calcarea. Poderá acontecer que o calculo seja preso por seu pequeno diametro, mas a exploração repetida uma ou mais vezes acabará por decidir a questão. Quando se tiver assim apprehendido entre os ramos do

lithoclasta, o calculo, sem o deixar, pode-se examinar a bexiga afim de ver si a sonda, que tem já um calculo preso, póde roçar sobre outro, ou si pelo contrario não existe mais nenhum corpo estranho n'aquelle orgão.

Graças a perfeição dos instrumentos exploradores de que hoje dispõe o cirurgião, póde-se estabelecer o diagnostico preciso da affecção calculosa, e na mesma occasião adquirir muitas noções ácerca da natureza, volume, isolamento, unicidade ou pluralidade do corpo estranho encerrado no reservatorio ourinario, noções estas, meus senhores, de uma importancia extraordinaria debaixo do ponto de vista do prognostico e do tratamento que se tem de empregar.

E' facil ou é difficil o diagnostico da pedra na bexiga segundo a maior ou menor habilidade do cirurgião. Este tem sempre necessidade de uma educação de seus sentidos para alcançar os signaes physicos e objectivos que resultão da presença do calculo, e mais que tudo isso convém que por meio de suas explorações não provoque lesões que sejão ainda mais prejudiciaes aos doentes do que a propria concreção calculosa.

E' uma vergonha para o medico e que reflecte sobre a nossa grandiosa profissão annunciar a um individuo que elle se acha com uma pedra na bexiga e sujeita-lo em seguida á operação gravissima da talha, e não encontrar alli calculo algum, bem como deixar de diagnosticar uma concreção lithica e torturar inutilmente a um pobre paciente, como já tenho visto, com ingestão de variadas tisanas, deixando que o calculo augmente de volume e attinja ás proporções do especimen que aqui vos apresento (fig. 66), contra o qual os meios a empregar são excessivamente graves.

Si o erro do diagnostico de uma concreção calculosa póde ser filho da ignorancia ou da irreflexão, em alguns casos depende de certos estados especiaes do proprio reservatorio ourinario que transmitte sensações iguaes ás que se percebem quando existe um calculo vesical.

Assim certos estados da bexiga podem transmittir um ruido que muito se confunde com o que se ouve quando a sonda roça sobre um calculo.

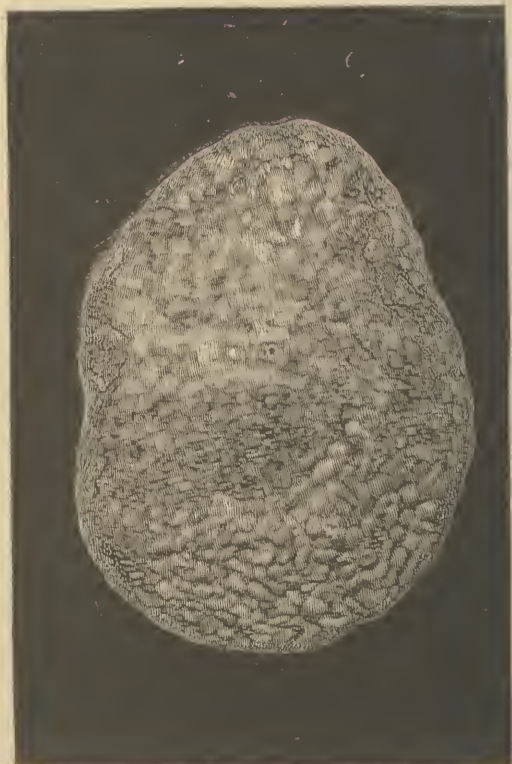



Fig. 66. — Calculo de oito centimetros de diametro longitudinal e seis de diametro transverso, com o peso de 160 grammas, extrahido pela talha recto-vesical.

Os estados morbidos que mais vezes têm dado logar a erros de diagnostico são geralmente a hypertrophia da bexiga com espessamento das columnas musculares, e os tumores que alli se formão e se cobrem de concreções lithicas.

Thompson refere em sua recente obra acerca das *molestias das vias ourinarias* que Paget de Leicester publicou a observação circumstanciada de um doente que elle talhou sem haver encontrado calculo algum na bexiga. O doente era um menino no qual se tinha percebido pelo catheterismo um ruido que parecia ser produzido por um calculo vesical, acreditando-se que talvez este estivesse enkystado.

Depois da morte do doente, a qual sobreveio no terceiro dia depois da operação, não se encontrou na bexiga calculo algum. Os uretheres estavão muito dilatados, e o catheterismo vesical dando o mesmo ruido que se percebia antes da morte, fez com que se verificasse que o som provinha do choque que produzia a ponta do catheter batendo de encontro ao estreito superior da bacia, o qual era muito saliente nesse doente.

Alguns outros casos do mesmo genero têm sido referidos por diversos cirurgiões, e servem para mostrar quanto cuidado e reflexão são necessarios para se chegar ao diagnostico preciso de um calculo vesical.

Mais vezes ha probabilidade de passar desapercebida uma pequena pedra da bexiga, que se cobre de mucosidades ou se enkysta; mas já pelo symptomas subjectivos ou funccionaes, já pelas explorações minuciosas e renovadas por diversas vezes não vos será de todo impossivel estabelecer o diagnostico.

Nos individuos antes da puberdade alcanção-se algumas vezes elementos importantes para o reconhecimento da pedra, combinando-se a exploração vesical com a do recto.

No pequeno doente que se acha debaixo de vossas vistas o diagnostico não offerece duvida.

Resta agora indagar qual seria a causa da affecção calculosa que elle apresenta.

Nos commemorativos que forneceu não se encontra nenhuma circumstancia propria que leve ao conhecimento da causa productora do calculo que nelle se encontra.

Não ignoraes, meus senhores, que os calculos vesicaes são mui raros entre nós. Só de tempos a tempos encontra-se no hospital ou na clinica civil um calculoso.

A edade parece representar uma condição predisponente, e em 5383 casos colleccionados por Civiale encontrárão-se 1936 antes da edade de 10 annos, e 942 entre os 10 e 20 annos.

Esta condição, e a alimentação insufficiente a que por sua pobreza devia estar sugeito este doente, poderião ter influencia sobre a producção do calculo.

Devo porém dizer-vos que a influencia da edade é contestada por alguns cirurgiões, e Thompson assegura que o periodo da vida maís favoravel á producção dos calculos é o que se estende dos 55 aos 65 annos; e si assim fôr, nem mesmo essa circumstancia deverá ser tomada em consideração para explicar a causa do calculo deste doente.

Não conheço a historia de seus progenitores, e não sei si elles soffrerão da diathese gottosa ou lithica.

Todo este objecto fica occulto a uma apreciação exacta da verdadeira causa da formação calculosa.

Está verificada a existencia do calculo, e o problema clinico se reduz a saber de que meios póde-se lançar mão para curar este doente ou livral-o de seu calculo, cuja presença constitue a fonte de gravissimos accidentes que só terminão com a morte.

E' inutil recorrer a qualquer preparação pharmaceutica. Todas as tentativas feitas para dissolver os calculos não têm dado resultados que mereção confiança.

Só ha recurso nos meios cirurgicos, representados pela talha lithotomia ou cystotomia, e pela lithotricia.

A qual delles recorrerei para tratar esse doente?

Sabeis que a talha é uma operação que consiste na extracção dos corpos estranhos da bexiga atravez de um caminho artificial, e a lithotricia é uma operação que consiste no esmagamento da

pedra em partes diminutas que possão ser expellidas atravez das vias naturaes.

Uma e outra dessas operações têm as suas indicações proprias, e tanto descredito lançareis sobre a talha se fosseis praticar esta operação nos casos em que a lithotricia devesse ser executada, como serieis causa de grandes amarguras e passarieis pelas maiores decepções si a todos os doentes applicasseis a lithotricia.

Esta operação mal praticada e entre mãos inhabeis é na generalidade dos casos mais prejudicial do que a talha, quando não tenha uma indicação precisa e seja praticada com certo methodo; mas isto não deve constituir um motivo de preferencia. Esta se tira das indicações positivas, e a observação e a pratica têm demonstrado que a talha deve ser exclusivamente preferida á lithotricia sempre que se tratar de calculosos que não tenhão attingido á edade da puberdade, bem como a lithotricia deve ser preferida á talha quando o individuo calculoso se achar entre os 50 e 65 annos de edade.

Por que essa preferencia, meus senhores? E' unicamente por causa do pouco desenvolvimento da urethra e grande irritabilidade da bexiga nos individuos que não têm passado da epocha da puberdade. E' um facto verificado e admittido entre nós por todos os cirurgiões.

Entre a edade da puberdade e os 45 annos é que póde-se agitar a questão entre a talha e a lithotricia. A preferencia a dar á uma ou á outra operação se funda na natureza, no volume e composição do calculo, e nas complicações que acompanhão a affecção calculosa.

Quanto á natureza ou composição do calculo já vos disse que encontrão-se alguns constituidos por oxalatos e cuja dureza e solidez são quasi iguaes as do ferro. A lithotricia que é uma operação destinada a esmagar os calculos na bexiga não poderá ser indicada quando a pedra fôr dessa natureza. Dahi a necessidade indeclinavel de se ter um diagnostico preciso acerca da natureza

do calculo, antes de pôr em execução a operação tendente a extrahir o calculo.

Debaixo d'esse ponto de vista teria de praticar a lithotricia neste doente, visto que a pedra, como vos disse, me parece composta de uratos ; mas não farei pelas razões que já vos apresentei.

O volume do calculo representa um papel importante na escôlha entre a talha e a lithotricia. Nos casos mesmo em que se trate de um calculo unico ou phosphatico cuja fragilidade é consideravel, a talha é indicada de preferencia á lithotricia logo que aquelle tem um diametro acima de 4 centimetros.

Os estados morbidos taes como os estreitamentos organicos da urethra, a hypertrophia da prostata e a inflammação ou paralysia da bexiga tornão a talha preferivel á lithotricia.

Nenhuma destas complicações se dá neste doente, e somente a indicação para a talha é tirada da edade ou das condições physiologicas do canal da urethra e da bexiga.

O volume do calculo foi, como vistes, avaliado em 2 a 3 centimetros, e estaria nas condições para a lithotricia, si não houvesse uma outra contra-indicação mais valiosa, qual é o diminuto calibre da urethra e a irritabilidade consideravel da bexiga.

Não ignoraes que a lithotricia, como ha pouco observastes aqui em um outro doente, é uma operação que na generalidade dos casos exige algumas sessões ou que seja repetida por tres e quatro vezes; e só excepcionalmente quando o calculo é do tamanho de um grão de laranja, é que em uma unica sessão póde-se livrar o doente delle: portanto ainda menos indicada é no nosso pequeno doente, cuja bexiga nimiamente irritavel não soffreria sem grandes perigos a passagem de um instrumento de lithotricia ainda que fosse de calibre diminuto.

A' vista de todas essas rasões recorrerei á operação da talha.

Esta se divide em dous grandes methodos distinctos: em methodo do alto apparelho ou talha hypogastrica, e do pequeno e grande apparelho ou talha perineal.

A talha hypogastrica é uma operação grave e que se reserva exclusivamente para os calculos de grandes dimensões, como o especimen que vos mostrei ha pouco.

Si no seculo XVI essa operação foi applicada exclusivamente aos calculosos, em opposição ao processo então brutal da talha perineal, as suas indicações são hoje reservadas para os casos em que o calculo, por causa de seu volume, não póde ser extrahido senão atravéz da incisão das paredes do ventre. Não posso nem devo recorrer aqui senão á talha perineal. Este methodo comprehende diversos processos distinctos em talha mediana, lateralisada, e bilateral. Ha ainda a talha médio-lateral, prerectal e recto-vesical, que não passão de modificações dos processos principaes.

E' muito difficil indicar-vos qual é o melhor daquelles processos. Não pratico a talha mediana por que póde dar-se o ferimento do bulbo, e a lateralisada por que póde determinar o ferimento da arteria transversa do perineo e hemorraghias abundantes. Prefiro a talha bilateral de Dupuytren, e é á esta especie de talha que todos os cirurgiões brazileiros dão preferencia. Comecei por praticar esta operação no primeiro calculoso que tive de tratar, e tenho continuado a dar-me bem em todos os outros casos em que tem sido necessaria a minha intervenção.

Os cirurgiões inglezes, como tive muitas occasiões de observar, só praticão a talha lateralisada, e não reconhecem vantagens nos outros processos.

Não penso assim, e neste doente praticarei a talha bilateral. Como se executa a operação? E' o que vos direi quando em occasião opportuna tiver de pratical-a.

SEXAGESIMA OITAVA LIÇÃO

CYSTOTOMIA OU TALHA PERINEAL

SUMMARIO.—Execução da talha perineal bilateral.—Cuidados preliminares.—Instrumentos empregados.—Ajudantes de que se necessita.—Posição dada ao operando.— Tempos da operação.—Não ha necessidade de curativos.—Cuidados consecutivos.—Exame do calculo extrahido.—Fórma e composição dos calculos.—Operação da talha na antiguidade.—Modo de execução.—Methodo do grande apparelho.—Origem das talhas mediana e lateralisada.—Operação da talha nos tempos modernos.—A invenção do catheter cannlado tornou segura a operação.—Perigos e accidentes inherentes á talha.—Difficuldades de execução.—Meios de removel-as.—Incisões nas talhas lateral e bilateral.—Limites prostaticos.—Lithotomos de Frei Cosme, de Dupuytren e de Amussat.—A incisão não deve exceder de 31 millimetros.—Regras para o uso do lithotomo.—Difficuldades de apprehensão e de extracção dos calculos depois da talha.—Meios de removel-as.—Impossibilidade da extracção dependente do volume do calculo.—Conducta do cirurgião em taes casos.—Preferencia dada á talha recto-vesical.—Indicação da talha hypogastrica.—Difficuldade de extracção devida a adherencias.—Caso observado em 1871.— Accidentes immediatos e consecutivos da talha.—Meios a empregar.—Resultado da talha bilateral praticada no doente que serviu de assumpto para esta conferencia.—Cura.

MEUS SENHORES,

Acabei de praticar no pequeno doente de calculo da bexiga sobre o qual vos entretive na conferencia de antes de hontem (31 de Agosto de 1878) a cystotomia perineal, segundo o processo de Dupuytren.

A operação correu, como vistes, sem accidente digno de nota. Tinha preparado convenientemente o doente, fazendo-lhe applicar hoje, pela manhã, um clyster purgativo afim de desembaraçar completamente o intestino recto dos residuos da digestão e conservar as relações naturaes desse orgão com a bexiga. Uma hora antes de dar começo á operação pratiquei na região

hypogastrica uma injecção hypodermica composta de um centigramma de sulphato de morphina e de uma gramma d'agua distillada, no intuito de acalmar a irritabilidade exagerada da bexiga, e de prevenir algum accidente da chloroformisação.

São de muita importancia esses cuidados preliminares na operação da talha, e nunca deveis praticar esta operação sem que o ventre do vosso doente seja desembaraçado por meio de um clyster purgativo, pouco tempo antes da hora marcado para a sua execução.

Alguns cirurgiões aconselhão que se administre um purgativo na vespera da operação e um clyster d'agua morna algum tempo antes desta.

Si o doente tem o ventre livre não administro senão o clyster purgativo, para que com as evacuações determinadas pelos purgativos salinos ou pelo oleo de ricino não augmentem a irritação vesical e a intolerancia para o catheter.

Quando se trata de um individuo pubere, é preciso raspar previamente os pellos que se apresentão na região perineal e na margem do anus.

O apparelho instrumental que previamente preparei compunha-se de escalpellos de lamina curta, de ponta aguda e convexa, de thesouras, tenaculos, pinças de ligadura e de torsão, seringas e de objectos especiaes para a talha bilateral como o lithotomo duplo de Amussat, o catheter canulado sobre a face convexa, pinças apprehensoras de diversos tamanhos rectas e curvas, e a curêta de extremidade em botão (fig. 67). Puz á mão a canula de Dupuytren, para della me servir no caso de continuar, depois da ligadura de alguma arteria mais volumosa, a haver corrimento sanguineo que podesse ser prejudicial ao exito da operação.

Todos esses instrumentos forão mergulhados na solução phenicada forte.

O doente conduzido então para cima da meza de operações foi submettido á acção do chloroformio.

Escolhi cinco ajudantes—sendo um para a administração do chloroformio ; o segundo para me dar os instrumentos e esponjar a ferida—dous outros para manterem as pernas do doente na attitude conveniente, e um quinto para sustentar o catheter.

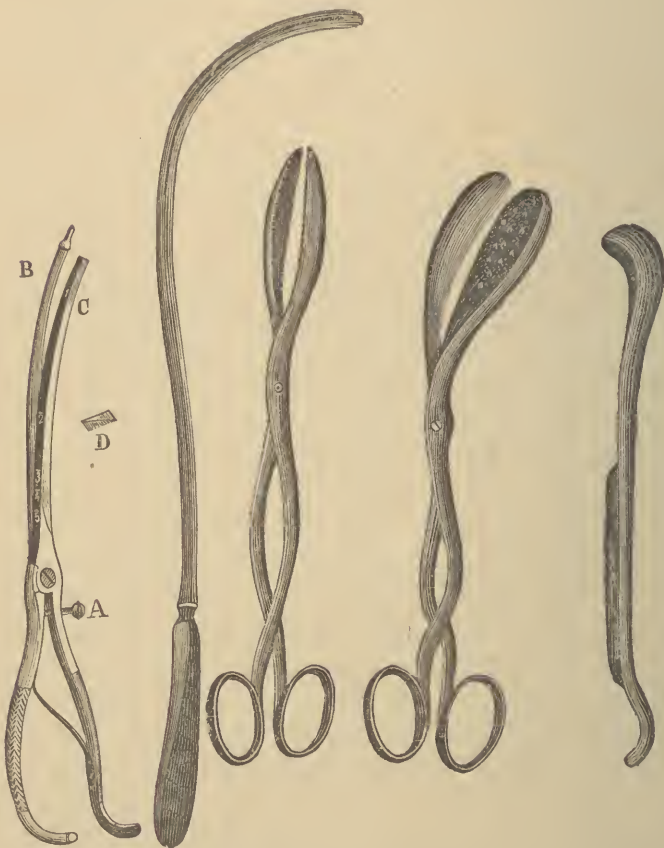



Fig. 67. — O primeiro instrumento representa o lithotomo duplo de Amussat, com o seu botão de parafuso (A) para marcar os limites de affastamento D das laminas (B e C). O segundo instrumento representa o catheter canulado. O terceiro e o quarto representão as tenazes recta e curva. O quarto representa a cureta em botão destinada a guiar a introducção das tenazes.

Ao meu habil e distincto collega o Dr. Lins de Vasconcellos coube este ultimo encargo. Escolhi-o não só por ser elle meu

amigo, como por já ter-me ajudado com pericia em operações iguaes, e, como eu vos disse, para sustentar o catheter deve-se sempre escolher um amigo dedicado e que tenha tanto interesse no bom exito operatorio como o proprio operador, e que além d'isso saiba o que tem de fazer, e não prejudique a execução da operação com movimentos intempestivos impressos ao catheter.

Em poucos instantes o doente achou-se mergulhado no somno anesthesico, e collocando-o de tal maneira que as nadegas exce-

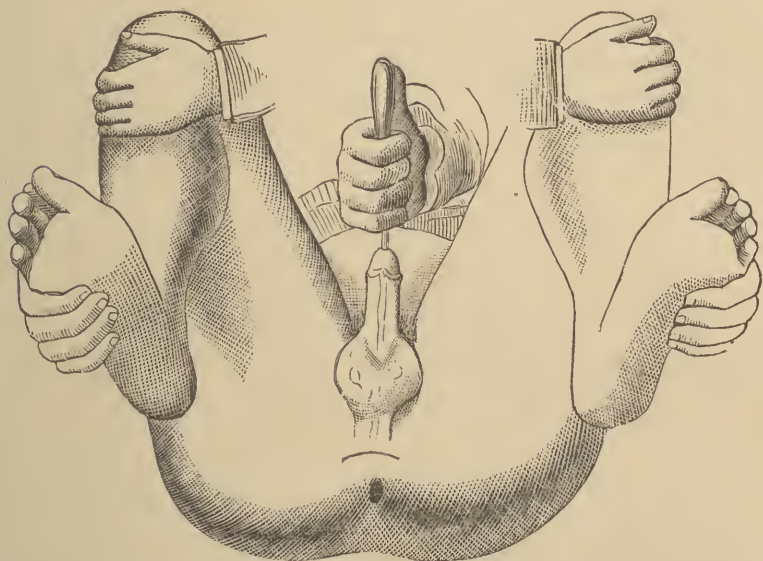



Fig. 68. — Attitude do doente para a operação da talha perineal. Posição em que devem ser sustentados os membros inferiores e o catheter, e direcção da incisão na talha perineal bilateral.

dessem um pouco a borda da meza, passei por baixo d'ellas um travesseiro, fiz com que os ajudantes encarregados de manter fixos os membros abdominaes dobrassem as côxas do doente sobre a bacia e as pernas sobre as côxas, e bem separadas uma da outra, passei em um *primeiro tempo* da operação a introduzir o catheter canulado que ao penetrar na bexiga roçou sobre o calculo e confirmou a existencia d'esse corpo estranho (fig. 68).

O catheter confiado ao Dr. Lins de Vasconcellos foi por este sustentado de tal modo que o cabo se manteve firme e bem vertical sobre a linha mediana, emquanto o corpo do instrumento ficou mantido de encontro á symphyse pubiana, sem desvio nem para a direita, nem para a esquerda.

Em seguida e sob a influencia das pulverisações phenicadas, passei a executar o *segundo tempo* da operação. Para isto assentando-me bem em face da região perineal, appliquei os meos dedos sobre as tuberosidades iskiaticas, e, distendendo a pelle, fiz a 16 millimetros acima do anus uma incisão curvilinea de concavidade inferior e cujas extremidades terminarão a igual distancia entre o orificio anal e as tuberosidades do iskion ; e de

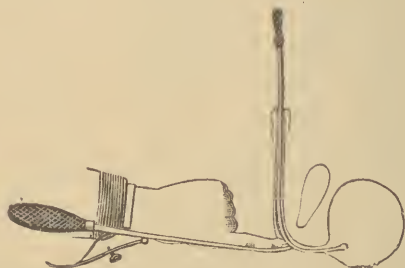



Fig. 69. — Lithotomo guiado pelo dedo até o rogo do catheter.

camada em camada, e guiando-me pelo dedo indicador da mão esquerda consegui dividir todos os tecidos até chegar ao catheter, em cujo rego applicando a ponta do bisturi incisei sobre elle a urethra em sua porção musculo-prostatica. Bem certo então de que a incisão dos tecidos até o catheter estava completa, passei á execução do *terceiro tempo* da operação, o qual consistio na introducção do lithotomo duplo pelo rego do mesmo catheter até á bexiga e na incisão profunda dos tecidos de dentro para fóra em um raio de 30 millimetros mais ou menos. E' este um tempo muito delicado da cystotomia perineal. Levando a ponta do lithotomo sobre o rego do catheter e tendo a face curva d'aquelle voltada para o perineo (fig. 69) fiz o ajudante deixar o catheter,

e tomando o pavilhão d'este com a minha mão esquerda, á medida que fazia resvalar ou proseguir pelo rego d'elle o lithotomo sustentado pela minha mão direita, ia pouco a pouco inclinando ou abaixando um e outro instrumento (fig. 70) até que aquelle transmittio-me a sensação de que se achava na bexiga. Voltei então a face curva do lithotomo para baixo pelo que a ponta d'este deixou o sulco do catheter onde tinha-se conservado durante todo o tempo de sua introducção, e retirando immediatamente o mesmo catheter conductor, affastei por meio da pressão conveniente as laminas do lithotomo que estavão preparadas para se abrirem na extensão de 30 millimetros, e em seguida abaixando o cabo d'esse instrumento fui retirando-o suavemente por

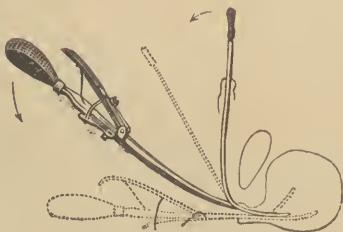



Fig. 70. — Introducção do lithotomo. Movimento de abaixamen'o do catheter.

modo que as laminas viessem a completar a incisão dos tecidos profundos na mesma direcção que a dos tecidos da região perineal.

Um jacto de ourina tinta de algum sangue veio logo indicar-me que se achava aberto o caminho para a extracção do calculo ou para executar o *quarto tempo* da operação. Levei o dedo indicador pela ferida e encontrando na visinhança do collo o corpo estranho constituido pelo calculo, introduzi, como vistes, guiando pelo meo dedo uma tenaz ou pinça apprehensora recta e de pequeno volume, e logo que esta attingio o calculo abri-a brandamente de modo que em poucos instantes foi este prêso entre as respectivas colheres e extrahido. Procedi em seguida á exploração da

bexiga por meio de meo dedo, e, não encontrando alli mais nenhum calculo, introduzi uma sonda de mulher pela ferida até á cavidade vesical, e injectei n'esta umas duas seringas d'agua ligeiramente morna, afim de limpal-a e retirar os coalhos que alli se tivessem depositado durante as manobras da operação ou depois da incisão profunda feita pelo lithotomo.

Não tive nenhuma arteria para ligar ; o corrimento sanguineo como vêdes, é nullo e apenas a ferida se acha banhada por um liquido sanguinolento. As bordas da solução de continuidade se

Fig. 71. — Canu a de Dupuytren destinada ao tamponamento da ferida em caso de hemorrhagia depois da talha.

achão applicadas uma á outra formando uma pequena fenda de dous centimetros de diametro no maximo.

Não se faz preciso aqui, meus senhores, curativo algum. Si tivesse sido dividido algum ramo arterial de valor, teria ainda a operação um quinto tempo que consistiria na ligadura das arterias e na applicação da canula á camisa de Dupuytren (fig. 71) para o tamponamento da ferida, si acaso o sangue continuasse a correr apezar das ligaduras.

O doente será agora collocado em seu leito, tendo as pernas moderadamente dobradas e apoiadas em um travesseiro, e na parte

correspondente á ferida perineal será applicado um lençol dobrado para receber as ourinas que por alli forem expellidas. Sobre a região hypogastrica mandarei fazer applicações de cataplasmas laudanisadas tres vezes por dia. O doente guardará o maior repouso possivel, tomará uma poção morphinada e ficará em dieta de caldos de vacca.

Eis aqui o calculo que foi extrahido (primeiro da fig. 72). Elle tem uma forma cylindrica e a grossura de um dedo indicador,

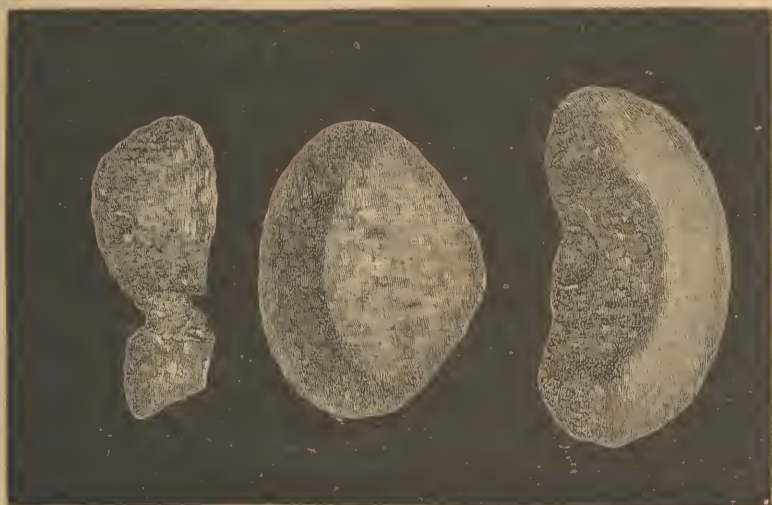



Fig. 72. — Calculos vesicaes de forma e volume diversos, extrahidos pela talha bilateral.

medindo um cumprimento de tres centimetros e meio. Elle é formado de duas porções reunidas por um collo delgado que acaba de ser partido na occasião em que procurava experimentar a sua resistencia. Esta é pois muito pouco pronunciada, e já por isto já pela côr esbranquiçada que o calculo offerece, pode-se dizer que este é composto de phosphatos ammoniaco-magnesianos.

Bem como a composição, a forma dos calculos vesicaes varia consideravelmente. Aqui tendes dous calculos (o segundo e

terceiro da fig. 72) em um dos quaes a forma é perfeitamente prismatica, e no outro semilunar. Este ultimo, (letra C) pertencente a um individuo que foi operado pela talha em 30 de Maio de 1871, se achava adherente por sua face concava ao baixo fundo da bexiga.

A operação da talha, meus senhores, constitue um dos actos cirurgicos de maior interesse, mas certamente não se encontrão hoje as difficuldades de execução dos tempos passados. Pelo juramento que Hippocrates exigia de seus discipulos de que nunca praticarião a operação da lithotomia, podeis bem fazer uma idéa da natureza dos meios que erão empregados em taes condições, e na memoria que Celso legou ácerca da talha vê-se que esta operação consistia na introducção de um a dous dedos no recto do individuo calculoso por modo que aquelles prendendo o calculo e levando-o de encontro ao assoalho ou parede do perineo, o tornavão saliente nessa região, onde depois se praticava uma incisão semilunar de todos os tecidos até ao corpo estranho que então era extrahido por meio dos dedos ou de ganchos.

Diz Thompson que essa brutal operação teve aceitação até ao seculo XVI em que João dos Romanos e seu discipulo Mariano Santo inventárão e puzerão em execução o methodo chamado *grande apparelho* visto que nelle erão empregados numerosos instrumentos. Começava-se por levar até á bexiga um conductor ou *itinerario* e depois de incisado longitudinalmente o perineo ao lado do raphe, e de se proseguir com essa incisão até á porção membranosa da urethra, introduzia-se por essa abertura um dilatador cujos ramos erão affastados em proporção com o volume do corpo estranho que por alli devia passar, com o que se produzião rupturas mais ou menos extensas do canal da urethra e do collo da bexiga, contra as quaes de nada valião os variados e engenhosissimos dilatadores que forão inventados naquella epocha, e que compunhão o numeroso arsenal cirurgico do *grande apparelho*.

Apesar dos defeitos deste processo, foi delle sem duvida alguma, meus senhores, que nasceu o processo da talha mediana hoje tão preconisado por Dolbeau e outros cirurgiões, e deu logar a que o celebre cirurgião do seculo XVI— Pedro Franco— inventasse o seu processo da talha lateralisada, que, levado depois a um alto gráo de perfeição, é hoje adoptado e geralmente empregado na Inglaterra, na Alemanha e em outros paizes.

Na actualidade dispomos de meios que tornão muito mais segura e até de facil execução a operação da cystotomia perineal. O cathéter canulado ou em rego, introduzido na pratica por Cheselden no seculo XVIII veio facilitar a incisão profunda da região membranosa ou da região prostatica da urethra, bem como essa incisão tornou-se mais segura e circumscripta a limites precisos com o lithotomo de Frei Cosme para a talha lateralisada e com o de Dupuytren para a talha bilateral.

Mas não penseis, meus senhores, que ainda assim a talha deixe de ser uma operação da maior importancia na cirurgia, e que não exponha os doentes aos maiores perigos e aos mais graves accidentes, não sómente durante a operação, como depois que esta tem sido executada sem embaraço ou sem difficuldade alguma.

E' preciso que estejaes sempre prevenidos de todos os factos que se podem observar durante a operação afim de que os eviteis, e se tornem menos frequentes os accidentes e mais seguro o resultado que tendes em vista alcançar. Escolhei sempre um catheter cujo rego seja bem profundo, e seu calibre proporcional ao da urethra, de modo que esta fique bem dilatada e seja facilmente incisada. Um catheter grosso e de grande curvatura conforme o modelo que vos apresentei (fig. 67 pag. 572) é preferivel. Procedei á introducção do catheter com toda a dilicadeza, e nunca deis começo á incisão perineal, sem que tenhaes por vós mesmos verificado que o catheter tocou no calculo, quer no momento de penetrar na bexiga, quer quando tem chegado ao fundo ou ao interior deste orgão. Não importa que a existencia do calculo tenha

sido positivamente diagnosticada ; é de toda a conveniencia que o catheter faça de novo percebel-o para que não vos deixe duvida que o instrumento se acha no interior da bexiga. Citão-se casos em que, principalmente nas crianças, o catheter tem seguido ou aberto um caminho falso abaixo e atráz da symphyse pubiana e penetrado no espaço recto-vesical, onde gozando de alguma mobilidade faz crer que se acha na bexiga ; e como o cirurgião já tem reconhecido o calculo attribue facilmente o não havel-o sentido, na occasião da introducção do catheter, ao facto de ser a pedra muito pequena ou de ter o instrumento uma grande curvatura, e então si o erro não é em tempo reconhecido, as consequencias são gravissimas.

E' preciso que o calculo seja sempre percebido na occasião de se installar o catheter canulado, e quando este não vos dê a sensação de que se põe em contacto com a pedra, é conveniente retiral-o um pouco dando-lhe uma direcção conveniente ou substituil-o por outro, até que transmitta bem distinctamente o choque do calculo.

Na incisão perineal devereis ter todo o cuidado em desviar a ponta e o gume de vosso bisturi do recto para não correr o risco de ferir a esta parte do intestino. Na talha pre-rectal de Nelaton deveis ter o dedo indicador da mão esquerda introduzido no recto, para que este seja evitado ou poupado com segurança durante a dissecção, que na talha bilateral interessa a pelle, o fascia superficial, o sphyncter externo e a porção prostatica da urethra; e quando se dê o ferimento do recto ou deixareis que a natureza se encarregue da reparação da lesão, o que é no meu entender preferivel, ou completareis o ferimento de alto a baixo como se tivesseis praticado a operação da fistula do anus. Bem como o recto, pode-se ferir o bulbo, e ser isto origem de grande hemorrhagia e de outros accidentes de summa gravidade.

Uma causa tambem de hemorrhagia é o ferimento da arteria iskio-cavernosa, e para que possaes ficar ao abrigo ou livrar-vos

de accidentes desta ordem, é preciso dirigir a incisão curvilinea de modo que ella fique a um centimetro pouco mais ou menos acima do orificio anal e á igual distancia das tuberosidades iskiaticas. (fig. 73).

Na talha lateralisada a incisão deve começar a seis millimetros do lado esquerdo do raphe, a tres ou tres e meio centimetros adiante do anus e se prolongar obliquamente para baixo e para

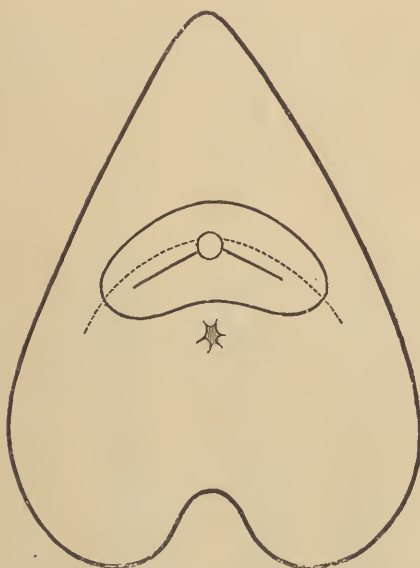



Fig. 73. — Diagramma indicativo da forma e limites das incisões superficial e vesico-prostatica na talha bilateral.

fóra na extensão de sete centimetros e meio passando entre o anus e o iskion.

Tanto na talha bilateral, como na talha lateralisada, essas incisões devem ser feitas com segurança e precisão e nunca desviadas de uma direcção perpendicular ao rego do catheter, para que não possaes offender partes importantes ou cahir com o vosso bisturi entre a bexiga e o recto.

Na incisão profunda ou vesico-prostatica, o preceito geral em ambos os generos de talha é que nunca se deve exceder ou leval-a além dos raios transversos da prostata, como mostra a linha escura da figura precedente. Na talha lateralisada deveis ter á mão para maior segurança o lithotomo occulto de Frei Cosme, e

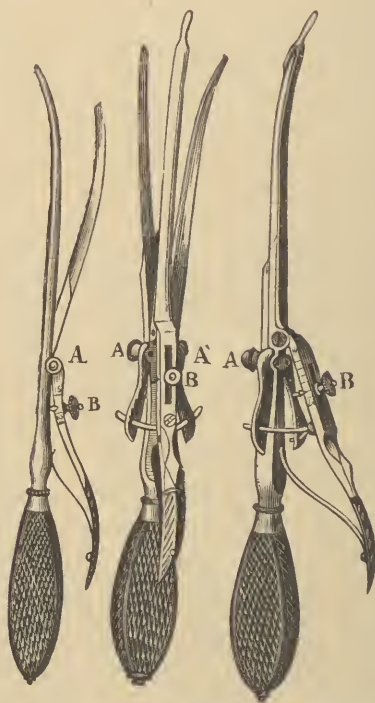



Fig. 74. — Lithotomos duplos. O primeiro representa o de Frei Cosme para a talha lateralisada. O segundo instrumento representa o lithotomo duplo de Dupuytren para a talha bilateral. O terceiro instrumento representa o mesmo lithotomo fechado. As letras A, A, A representão a articulação. B, B, B o botão destinado a marcar o gráo do affastamento das laminas.

para a talha bilateral o de Dupuytren (fig. 74), ou então o lithotomo duplo de Amussat com que operei o meu pequeno doente.

Este ultimo é preferivel ao lithotomo duplo de Dupuytren porque as suas laminas são um pouco mais largas e cedem menos á

pressão dos tecidos que têm de ser divididos. O affastamento das laminas de qualquer desses instrumentos é regulado por um botão, e indicado por numeros metricos que se achão gravados no dorso de uma das laminas. Marca-se, antes de começar a operação, o gráo de separação que devem ter as laminas, e que nunca deve exceder de 25 a 31 millimetros, e por este modo não ha, em regra geral, receio de exceder na incisão vesico-prostatica os diametros da prostata.

Si em logar de fazer uma abertura bem regular e sufficiente para a passagem do lithotomo, tiverdes, como algumas vezes já tenho observado na pratica de mais de um collega, feito pequenas incisões sobre o rego do catheter, a introducção daquelle instrumento se tornará difficil, e correreís o risco de levar, principalmente nas crianças, a prostata e collo da bexiga diante da ponta do lithotomo, e produzir com este um caminho falso por entre o reservatorio ourinario e o recto ; e faço idéa do triste papel que representará o cirurgião que, desconhecendo o seu erro, procede á incisão de todas estas partes, e leva até alli as tenazes ou pinças apprehensoras para extracção de um calculo que tão distante se acha desse ponto !

Indicar-vos a possibilidade desse erro é mostrar-vos ao mesmo tempo a necessidade que ha de uma incisão urethral unica e bastante espaçosa para deixar passar o lithotomo pelo rego do catheter.

Antes de abrir o lithotomo, deveis retirar o catheter, mas esta extracção ou retirada será difficultada, si não tiverdes o cuidado de desprender a ponta daquelle do rego deste, e para isto não precisaes senão de voltar o lithotomo de modo que a parte concava que olhava para o perineo seja dirigida para baixo.

O lithotomo depois de affastadas as laminas deve ser retirado lenta e gradualmente no sentido do eixo do corpo, afim de produzir uma incisão vesico-prostatica em relação com o affastamento das laminas ; mas acontece algumas vezes, ou pela resistencia dos tecidos ou pela rigidez do collo e engorgitamento ou hypertrophia

da prostata, que a incisão é tão pequena que não admitte a ponta do dedo.

E' preciso em taes casos lançar mão de um bisturi de botão e incisar a prostata á direita e á esquerda na direcção de seu raio obliquo, e na extensão necessaria para deixar francamente passar o dedo até á bexiga afim de ser de novo por meio deste reconhecido o calculo e o logar que elle occupa.

A extracção do calculo que completa o ultimo tempo da operação da talha propriamente dita, é que pode offerecer difficuldades tanto mais notaveis quanto ellas vos impressionão, e vos tornão mais precipitados para a conclusão das manobras que devem coroar os vossos esforços.

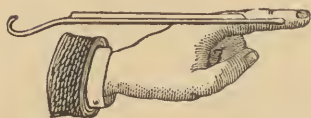



Fig. 75. — Introducção da cureta a botão, guiada pelo dêdo.

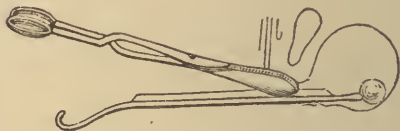



Fig. 76. — Introducção da tenaz pela aresta da cureta até á cavidade vesical.

E' esse um tempo, meus senhores, em que deveis ter sempre presente ao espirito, como muito diz Thompson, o adagio: *Festina lente*, ou então o nosso annexim : de *vagar se vai ao longe*.

A precipitação aqui não só retarda a extracção do calculo como póde ser causa dos mais terriveis accidentes.

Quando não seja possivel levar o dedo até á cavidade vesical para reconhecer a situação do calculo, em virtude da grande espessura do perineo, podereis augmentar a incisão superficial, e, logo que aquelle fôr attingido e reconhecido, substituireis o vosso dedo (fig. 75) pelo botão da cureta sobre cuja aresta deveis introduzir a pinça recta ou curva destinada á apprehensão do corpo estranho (fig. 76). Quando a pinça chegar ao calculo, deveis imprimir um movimento de rotação para que uma colher

fique atraz e a outra adiante para prendel-o. A apprehensão do calculo não é algumas vezes cousa facil. Este coberto por uma camada de sangue coagulado póde ser tocado pela pinça sem que tenhais percebido o choque particular, e assim sereis levados a procurar o calculo sem nunca encontral-o. As mesmas difficuldades são devidas a ter este sido deslocado pela pinça e vir collocar-se no fundo da bexiga logo acima da symphyse pubiana ou achar-se alojado em uma especie de dobra vesical, onde o dedo o tem percebido, mas por onde a pinça tem resvalado sem attingil-o.

Introduzindo de novo o dedo e guiando por elle a tenaz, conseguireis prender o calculo. Nesta manobra sejaes parcimoniosos em fazer a introducção da pinça, porque ella não deixa de contundir o orgão vesical com o que se podem produzir accidentes graves.

Tudo isso exige de vossa parte os maiores cuidados e grande somma de pericia e habilidade; e ajudados por estes recursos chegareis sempre a fazer a apprehensão do calculo, mas novas difficuldades podem apparecer na occasião em que se procede á sua extracção. Algumas vezes este é prêso no sentido do seu menor diametro, e si por acaso o seu maior diametro ou o diametro longitudinal é proporcionalmente mais consideravel que o da incisão vesico-prostatica, a extracção se difficultará e só poderá ter logar depois que se tiver apprehendido o calculo no sentido do maior diametro, sob pena, si insistirdes na extracção, de produzirdes contusões e rupturas mais ou menos extensas, cujas consequencias são sempre muito graves.

A incisão vesico-prostatica, como sabeis, tem geralmente a extensão ou o diametro de 30 millimetros, e todas as vezes que o calculo tiver um volume maior, tanto mais notaveis serão as difficuldades para a sua extracção. A influencia que a extracção dos grossos calculos exerce sobre o resultado da talha é conhecida de todos os cirurgiões, e não ha quem ignore que a mortalidade está na razão directa do volume da pedra que tem de ser extrahida.

Na extracção dos calculos um pouco acima de um tamanho regular, os tecidos cedem sem experimentarem grande contusão e sem se dar qualquer ruptura que seja prejudicial, mas deveis ter sempre presente ao espirito que nunca empregareis esforços consideraveis para obter a extracção de um grosso calculo. Não vos fallo de calculo em que a extracção pelo perineo seria impossivel e para o qual se deveria recorrer á talha hypogastrica, mas sim de um calculo um pouco menor do que este que aqui vos mostrei (fig. 66 pag. 532). Um calculo deste volume já offerece enorme difficuldade, como aconteceu no doente de quem elle foi extrahido, e si tivesse sido um pouco mais volumoso, certamente que os esforços para a extracção deverião ser insuperaveis, e então os perigos e os riscos da operação serião mortaes.

Não leveis nunca o emprego da força além de um gráu moderado e compativel com a integridade dos orgãos, porque a pinça apprehensora facilmente escorrega quando o calculo é volumoso e não se acha por ella perfeitamente abraçado, e as suas colheres são levadas violentamente de encontro ao collo vesical, determinando contusões gravissimas, quando com os esforços da extracção já não tem vindo o calculo a produzir dilacerações extensas e desordens incompativeis com a vida.

Nos grossos calculos susceptiveis de ser extrahidos pela talha bilateral, e na qual se dão as difficuldades que vos assignalei, é sempre preferivel augmentar a incisão vesico-prostatica, ou combinal-a com o prolongamento de uma incisão mediana, praticando o processo da talha medio-bilateral, á levar os esforços para a extracção do calculo a um gráo exagerado. Quando a incisão fôr extensa ou tiver chegado aos limites além dos quaes não se póde ir adiante sem grande risco, é preciso suspender qualquer tentativa de extracção e procurar reduzir a fragmentos o calculo. Com este fim tem-se imaginado diversos instrumentos, cujas vantagens relativas cada inventor não se

tem esquecido de preconisar. Não tenho tido á minha disposição nem empregado todos esses instrumentos para vos aconselhar um de preferencia a outro. Tive de servir-me em um caso em que o calculo era muito volumoso, para passar sem grande violencia através da incisão vesico-prostatica, da tenaz quebra-pedra vesical de Nelaton.

E' preciso dizer-vos, meus senhores, que todas essas manobras e actos cirurgicos augmentão grandemente os perigos da talha, e são causa de desordens que terminão pela morte dos doentes. As estatisticas de Crosse, de Crichton e de Civiale demonstrão a gravidade directa e progressiva da talha, segundo o volume de calculo que deve ser extrahido.

Em relação ao volume da pedra ainda póde acontecer, meus senhores, que os actuaes meios de exploração não vos tendo dado um conhecimento preciso da grandeza do calculo, pratiqueis a talha perineal lateralisada ou bilateral, e só depois desta é que reconheceis que trataes de um calculo volumoso, como um que hontem vos mostrei. O que fareis então? As tenazes mais fortes e resistentes não têm conseguido, como já vi, fragmentar ou quebrar um desses calculos, e, si não possuis a tenaz imaginada por Civiale e que tem um perfurador para brocar o calculo e facilitar a sua fragmentação, sereis então obrigados a deixar a operação sem a concluir, ou si persistirdes nas manobras da extracção provocareis desordens mortaes.

Esta questão não foi ainda apresentada, segundo creio, por nenhum pratico, e como já tive occasião de ser consultado a respeito de um facto identico, devo dizer-vos que em casos semelhantes, felizmente excepcionaes, deveis talvez seguir o parecer que dei de que se devia proceder á talha recto-vesical ; e com effeito só depois desta é que o calculo volumoso, que faz parte de minha collecção e que vos mostrei, pôde ser extrahido.

Neste processo, depois de installado o catheter canulado na bexiga, introduz-se o dedo indicador da mão esquerda no recto, e

sobre elle leva-se um bisturi até á profundidade de 35 a 40 millimetros e se incisa o intestino de dentro para fóra guiado pelo rego do catheter na extensão sufficiente para a passagem do calculo, sem exceder o trigono vesical afim de não se abrir o peritoneo.

Em caso semelhante ao que figurei a talha recto-vesical que não confundireis com a pre-rectal é preferivel á talha hypogastrica, que aliás seria indicada por um modo positivo si o volume enorme do calculo fosse reconhecido antes da talha perineal.

Em alguns casos as difficuldades da extracção podem ser devidas a adherencias do calculo na bexiga.

Em 1871 praticando a talha bilateral em um individuo de 40 annos de edade, solteiro e que occupou o leito n. 6 desta enfermaria, encontrei o calculo, que ha pouco vos mostrei, (fig. 72 letra C,) o qual, como podereis ver, se achava por sua face concava intimamente adherente á bexiga logo acima do collo.

A apprehensão do calculo foi difficil, pois que a tenaz escorregou diversas vezes, e a extracção só teve logar depois de longas manobras.

O doente falleceu no setimo dia, depois da operação, de uma peritonite pelviana suppurada, conforme foi verificada pela autopsia. Taes são, meus senhores, as difficuldades mais communs da operação da talha, e os meios mais simples de remedial-as ou supperal-as. Executada sem difficuldades, ou vencidas estas quando se dão, a talha, meus senhores, expõe a accidentes que procedem da edade do operado, do traumatismo cirurgico ou da operação em si mesma.

Já vos disse que a talha é tão favoravel até á edade da puberdade, que deve ser preferida aos outros methodos de tratamento dos calculos vesicaes, quando o individuo não tem passado daquelle periodo da vida, em que, como sabeis, os processos de reparação organica são mais activos do que nas outras edades.

Apezar da resistencia opposta pela edade, os individuos, quaesquer que sejão as condições em que se achem, estão sujeitos a inflammações diffusas peri-vesicaes *menos communs nos moços* do que *na adolescencia ou na virilidade*, mas tendo sempre um caracter de extrema gravidade quando fazem explosão. Um outro accidente é a peritonite que é, ao contrario das inflammações peri-vesicaes, mais *frequente nos moços* do *que nos adultos*.

As infiltrações ourinarias, a cystite, a nephrite e a septicemia são outros tantos accidentes que, como a hemorrhagia primitiva ou consecutiva, fazem correr os maiores riscos e perigos de vida aos operados da talha perineal.

Todos esses accidentes são o resultado do traumatismo cirurgico e estão sempre em relação directa com a maior ou menor violencia que os orgãos têm experimentado durante a operação.

Diversos accidentes ainda se tem occasião de observar consecutivamente á cicatrisação da ferida vesico-prostatica e perineal. Entre elles os mais communs são: a fistula ourinaria, a impotencia e a incontinencia das urinas.

Contra o primeiro accidente, Thompson aconselha a cauterisação do trajecto fistuloso por um fio metallico levado á alta temperatura, ou pelo fio de platina encandescido pela machina galvano-caustica. Em alguns casos a cauterisação pelo nitrato de prata é sufficiente.

Ainda não observei um só caso de fistula ourinaria depois da talha, bem como o accidente caracterisado pela impotencia viril, mas já observei um caso de incontinencia das urinas.

Attribuem alguns a impotencia á secção dos canaes ejaculadores, mas como Thompson e diversos praticos fazem notar, a secção vesico-prostatica tanto na talha lateralisada como na talha bilateral, não póde comprometter os canaes ejaculadores; e assim acréditão que a impotencia deve depender de uma alteração morbida dos mesmos canaes, sob a influencia da affecção calculosa ou por qualquer outra causa.

Para taes casos bem como para a incontinencia das ourinas encontrão-se muitas vezes recurso, principalmente contra este ultimo accidente, no emprego das correntes continuas.

Thompson refere que em um doente de incontinencia das ourinas deu-se bem com a cauterisação do collo da bexiga.

Acompanhae, meus senhores, as consequencias da talha no pequeno que ha pouco foi operado, e tomae nota circumstanciada dos phenomenos que se forem manifestando até ao seu restabelecimento ou morte.

Resultado da operação. O doente foi operado no dia 2 de Setembro e no dia 21 de Outubro teve alta completamente restabelecido, sem que tivesse havido mais do que ligeiros accidentes devidos a duas indigestões que elle teve: — uma no decimo quinto dia depois da operação, outra no dia 27 de Setembro.

A cicatrisação da ferida marchou com alguma lentidão, mas desde o dia 10 de Setembro a ourina começou a ser expellida em quasi sua totalidade pela urethra, e no dia 25 d'aquelle mez corria exclusivamente por este canal.

A temperatura nunca se elevou a mais de 38 gráos no terceiro dia, e conservou-se sempre d'ahi em diante na media ordinaria, subindo de novo áquelle gráo quando o doente teve as perturbações digestivas de que fiz menção.

SEXAGESIMA NONA LIÇÃO

DA LITHOTRICIA

SUMMARIO:— Doente do calculo vesical.— Symptomas da affecção. — Execução do catheterismo explorador.— Sondas de Thompson.— Problemas clinicos a resolver.— Indicações para a lithotricia.— Objecto da operação.— Tentativas feitas pelos cirurgiões de todos os tempos.— Civiale e Leroy d'Etiolles fundárão em 1824 a lithotricia.— Execução da lithotricia.— Instrumentos necessarios.— Lithoclastas preferidos.— Cuidados preliminares.— Administração do chloroformio.— Posição do doente.— Injecção d'agua morna na bexiga.— Opinião de Thompson a este respeito.— Regras admissiveis.— Vantagens encontradas nas injecções previas d'agua morna.— Quantidade d'agua a injectar. — Introducção do lithoclasta.—Apprehensão e esmagamento do calculo.—Cuidados consecutivos.—Phenomenos que se manifestão depois da operação.—Duração da sessão.—Repetição da operação. —Tempo que deve decorrer entre as sessões.—Numero de sessões que se tornão necessarias. —Phenomenos que devem servir de guia aos cirurgiões. — Lithotricia evacuadora. — Seus inconvenientes.— Accidentes da lithotricia.— Meios de combatel-os.— Consequencias da operação.— Conclusão.— Cura do doente operado.

MEUS SENHORES,

No dia da abertura deste curso (15 de Março de 1879) entre os doentes da enfermaria encontrei no leito n. 3 o individuo que se acha actualmente em vossa presença, o qual, sendo então interrogado, me disse que ha 15 annos soffria de pedra na bexiga, da qual ficára livre algum tempo por meio da lithotricia, mas que, como os seus encommodos recrudescessem de Novembro do anno passado para cá, tomára a deliberação de vir tratar-se neste hospital.

O doente que está debaixo de vossas vistas chama-se Antonio Maillard, é francez, de 65 annos de edade, de temperamento lymphatico e de constituição regular. Os seus encommodos se caracterisão por desejos incessantes de ourinar, acompanhados

de dores surdas no perineo e ao nivel do freio da glande, as quaes se irradião pelo penis até á região lombar. Em taes condições a emissão das ourinas se faz em jacto interrompido e com dores cruciantes ; e o liquido expellido tem cheiro ammoniacal, é turvo e deixa depositar uma substancia bastante espessa, glutinosa e de côr amarellada. Não havia sangue de mistura com a ourina, e as dores erão muito intensas no principio e ainda mais no fim da micção.

Já pelos commemorativos, já por estes symptomas devia pensar na existencia de um calculo, mas, como vos disse no dia em que examinei esse doente, encontrei symptomas de uma cystite muco-

Fig. 77. — Placa resonante vista no lado esquerdo pela face em que se adapta ao catheter explorador, e no lado direito pela face superior.

purulenta, e o diagnostico não poderia ser definitivamente estabelecido senão depois da exploração da bexiga.

No dia seguinte (16 de Março) pratiquei a operação a que se dá o nome de catheterismo explorador. Servi-me para isto da sonda de Thompson, e seguindo as regras que vos tenho traçado relativamente a essa operação delicada, levei o instrumento até á bexiga, e este, logo que alli penetrou, tocou em um corpo duro, que pelo som que dava não podia ser constituido senão por um calculo vesical. Sem retirar a sonda adaptei ao seu pavilhão a placa resonadora (fig. 77) e todos vós podestes ouvir á grande distancia, sem tocar na mesma sonda, o ruido que esta produzia

quando eu a levava de encontro ao corpo estranho que a bexiga encerrava.

Não ha duvida, meus senhores, que tendes aqui um doente de calculo vesical. Que problemas clinicos tem o cirurgião a resolver? Não basta diagnosticar a existencia de um calculo vesical; é preciso para o tratamento que se tem de instituir e para os meios que se devem empregar, que se conheça tambem qual a natureza da pedra, que volume esta tem, si está livre ou adherente, si existe uma só ou si ha muitas outras.

Já vos fiz ver, meus senhores, quaes erão os meios pelos quaes se podião resolver todas essas questões (veja-se a lição sexagesima sexta), e em relação a este doente cheguei á conclusão de que elle tem um só calculo, de natureza phosphatica, livre e de 4 centimetros mais ou menos de diametro.

A resolução de todas essas questões nunca é completa, porque os meios de investigação ainda são imperfeitos; pode-se pelo som do calculo acreditar que este seja constituido por phosphatos, e entretanto depois da extracção se reconhece que elle é essencialmente composto de uratos, e que sómente a crosta é formada por phosphatos. Entretanto não deixa de ser importante o reconhecimento da natureza do calculo, por que si este fôr constituido por oxalato ou tiver por nucleo um pedaço de sonda metallica, ha uma indicação therapeutica diversa da que se poderia ou se deveria instituir si acaso se tratasse de um calculo de outra natureza. Na mesma conformidade estão as outras questões, e, em relação ao volume e ao isolamento do calculo, empregareis todos os vossos esforços para que chegueis senão a uma precisão mathematica ao menos a um gráo de probabilidade que não vos faça passar por amargas decepções.

O tratamento a instituir no doente que aqui se acha, meus senhores, é a questão fundamental.

Trata-se de um individuo de 65 annos de edade e que soffre de um calculo phosphatico de 4 centimetros mais ou menos de

diametro, e sabeis além disso que esses calculos são de origem vesical ou se formão na bexiga, ao contrario dos calculos uricos que são de procedencia renal, e com effeito o cheiro fortemente ammoniacal das ourinas do doente, e o aspecto turvo por estas apresentado não deixão duvida de que foi no reservatorio ourinario que o calculo se constituio.

O doente tem dores que se irradião pela região lombar, mas estas não são persistentes; elle nunca soffreu de colicas renaes, nunca ourinou sangue ou expellio areias avermelhadas, como acontece com os individuos de calculos uricos.

Seja porém como fôr, e dado o caso que se trate de um calculo urico, á qual dos meios cirurgicos deveria recorrer para tratar do meu doente?

Ha, como sabeis, dous grandes methodos representados pela talha e pela lithotricia.

Assim como se deve preferir o primeiro meio ao segundo todas as vezes que se trata de um individuo calculoso que não tem passado da edade da puberdade, assim tambem na virilidade e na velhice a lithotricia é preferivel á talha, a menos que se trate de individuos affectados de inercia da bexiga, de engorgitamento consideravel da prostata ou de estreitamento da urethra.

Nestes casos ainda ha restricções a estabelecer; e a talha é tão grave nos velhos que mesmo nos casos de hypertrophia da prostata e de estreitamento da urethra ainda a lithotricia, quando as outras indicações não se oppoem, é preferivel á talha.

Não existe nenhuma dessas complicações no doente: a urethra é ampla, e a prostata não se acha affectada de hypertrophia; e pelo lado do calculo todas as condições são favoraveis. Vou pois praticar a lithotricia. Esta operação, como sabeis, constitue uma das mais gloriosas acquisições ou invenções da cirurgia dos tempos modernos.

Como o seu nome indica, ella tem por fim a fragmentação do calculo ou a sua reducção a particulas diminutas, a fim de ser expellido através das vias naturaes.

Já ha muito tempo se tinhão feito tentativas a este respeito, e os cirurgiões de todas as épochas se preocupárão sempre em inventar um meio que podesse dar esse resultado até que em 1824 Civiale, modificando um instrumento que Leroy d'Etiolles tinha feito construir, pôde com feliz resultado esmagar um calculo, e teve a gloria de ligar o seu nome á criação desse methodo, que por fim ficou em 1832 fundado em bases solidas com a idéa que teve Heurteloup de dar uma fórma curva á extremidade do instrumento, e que este, graças ao engenho e talento de Charrière, celebre fabricante de instrumentos, chegou actualmente a um gráo de simplicidade e de perfeição admiraveis.

Todos vós conheceis o que é um lithotridor ou lithoclasta.

Nem todos são identicos no mecanismo. Tenho aqui á mão dous desses instrumentos que, reunidos a uma seringa e a uma sonda ôca (fig. 78), constituem os utensilios mais communs ou os mais essenciaes para a lithotricia, e com os quaes me proponho a praticar a operação neste doente.

Como se deve proceder ou executar essa operação?

Em relação ao doente deveis, como fiz neste caso, prescrever na vespera um purgativo, e recommendar que lhe seja administrado um clyster d'agua morna duas horas antes da operação.

Podeis administrar-lhe ou não o chloroformio, porque a operação executada por maõs habeis é pouco dolorosa e rapida. Mas como o meu doente supporta perfeitamente bem a introducção de sondas na bexiga, pretendo praticar a operação sem chloroformio; entretanto ha casos, como tenho observado, em que os doentes têm horror invencivel á mais insignificante manobra cirurgica, e apenas sentem a applicação de uma sonda ao meato ourinario, accusão uma tal sensibilidade e tantos movimentos executão que não receio empregar o chloroformio.

Submettidos ou não os doentes á acção do chloroformio é preciso collocal-os, como acabei de fazer, em decubito horisontal com as pernas em flexão sobre as côxas e estas sobre a bacia, por

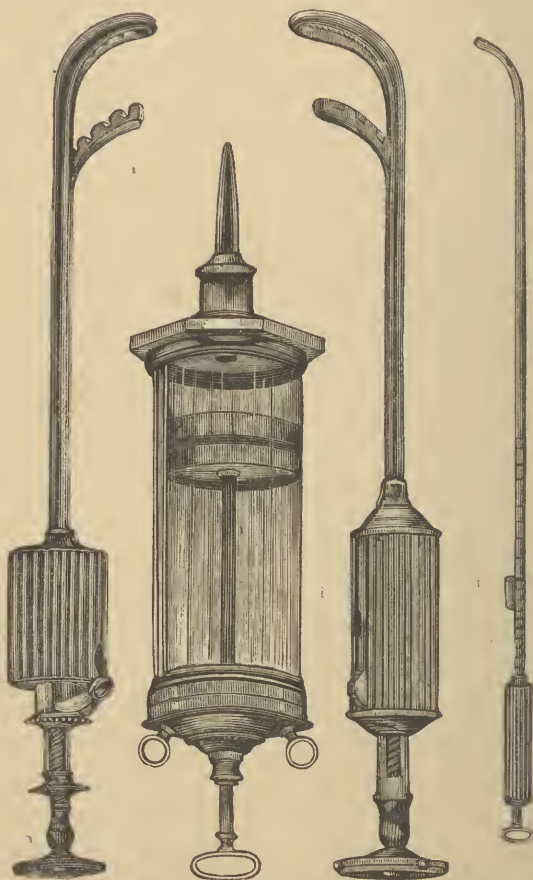



Fig. 78. — O primeiro instrumento indîca o lithoclasta de Reliquet; o segundo representa uma seringa de vidro; o terceiro o lithoclasta de Thompson; o quarto a sonda exploradora do mesmo cirurgião.

baixo da qual se passa um travesseiro que a eleve pelo menos á altura de 5 ou 6 centimetros do plano da meza.

Está, pois, o doente na attitude conveniente. Thompson julga que se póde desde logo proceder á introducção do lithoclasta e esmagar o calculo. A maior parte dos cirurgiões aconselhão, porém, que se leve uma sonda á bexiga e que alli se injecte uma seringa de agua morna, afim de produzir uma distensão vesical e pôr as paredes do orgão ao abrigo dos movimentos do lithoclasta.

Tenho praticado a lithotricia sem e com injecção previa de certa quantidade d'agua na bexiga, e devo dizer-vos que, quando tenho o cuidado de injectar alguma agua neste orgão, a apprehensão da pedra se torna mais facil e menos dolorosa. A lithotricia praticada por um especialista da força de Thompson póde dispensar o emprego desse meio, mas não vos aconselho que adopteis o preceito que elle dá de dispensar a injecção na bexiga, sob o fundamento de que quasi toda agua é expellida, e que é preferivel que o doente tenha ourinado momentos antes da operação para que a bexiga não contenha liquido capaz de isolar o calculo das paredes vesicaes.

Não acho vantagem em deixar correr pela sonda a ourina que exista na bexiga para injectar em seguida a agua, como é recommendado por alguns cirurgiões.

Eu, como acabastes de vêr, introduzo, segundo as regras do catheterismo pelos instrumentos de pequena curvatura, a sonda de Thompson na bexiga, e sem deixar correr a ourina que alli se acha contida, applico no orificio exterior da mesma sonda o pipo de uma seringa de vidro, onde encerro 140 grammas de agua morna, injecto-a lentamente na bexiga, em seguida retiro a sonda e seringa, e passo então a introduzir o lithoclasta.

Estão pois injectadas 120 grammas mais ou menos d'agua morna na bexiga d'este doente, e afim de impedir que a agua seja em grande parte expellida, tenho o meato ourinario apertado entre os meos dedos, e sem demora vou proceder á introducção do lithoclasta de Thompson, com o qual estou habituado ha 10 annos a trabalhar.

Certo de que este está fechado, isto é, que na parte curva o ramo macho está perfeitamente adaptado ao ramo femea, e não se separa este d'aquelle por tel-os prêsos na parte superior de sua armadura por meio de um movimento dado a um botão que alli existe, fricciono o lithoclasta em um panno, e untando a sua extremidade vesical em oleo phenicado applico a ponta ao meato ourinario, e deixo que o instrumento desça verticalmente até que chegando abaixo da arcada pubiana vá pelo seo proprio pêso se inclinando e penetre na bexiga. Eis que o lithoclasta alli se acha, e ao penetrar no reservatorio ourinario foi logo de encontro ao calculo.

Elle está bem introduzido e deve ter chegado até ao baixo fundo da bexiga. Vou agora fazer a apprehensão do calculo, e para isto prendendo com a minha mão esquerda a parte cylindrica do lithoclasta, e impellindo o botão, o que agora permitte o affastamento dos dous ramos do instrumento, tomo a armadura do ramo macho, a affasto na extensão de 4 centimetros, e a trago suavemente para as proximidades da entrada da bexiga. Logo em seguida trato de aproximar os dous ramos, mas, sendo impossivel conseguil-o por me parecer que entre elles se interpõe um corpo estranho (fig. 79), carrego de novo no botão da armadura, e, convertendo o movimento de escorregamento em movimento de rosca, dou algumas voltas no disco terminal, e desde logo percebo que o calculo vae pouco a pouco sendo esmagado. Tendo chegado o ramo macho de encontro á femea, vou renovar as mesmas manobras: abraço de novo o meo instrumento sem mudal-o de direcção e de logar, e, como vedes, entre os seos ramos está prêso um grosso pedaço do calculo que esmago. Abro uma terceira vez o instrumento na extensão de tres centimetros, posso ainda prender um pedaço que tem 22 millimetros de diametro e o esmago, como fiz com os outros ou das outras vezes. A operação não tem durado mais de 4 minutos, mas o doente começa a dizer que está fatigado, e por isso dou por concluida a sessão de hoje.

Acabei de retirar o lithoclasta, e podeis ver que não ha corrimento sanguineo, e que entre as colheres do instrumento existe um pó de côr esbranquiçada e que não póde ser senão residuos impalpaveis do calculo que foi esmagado.

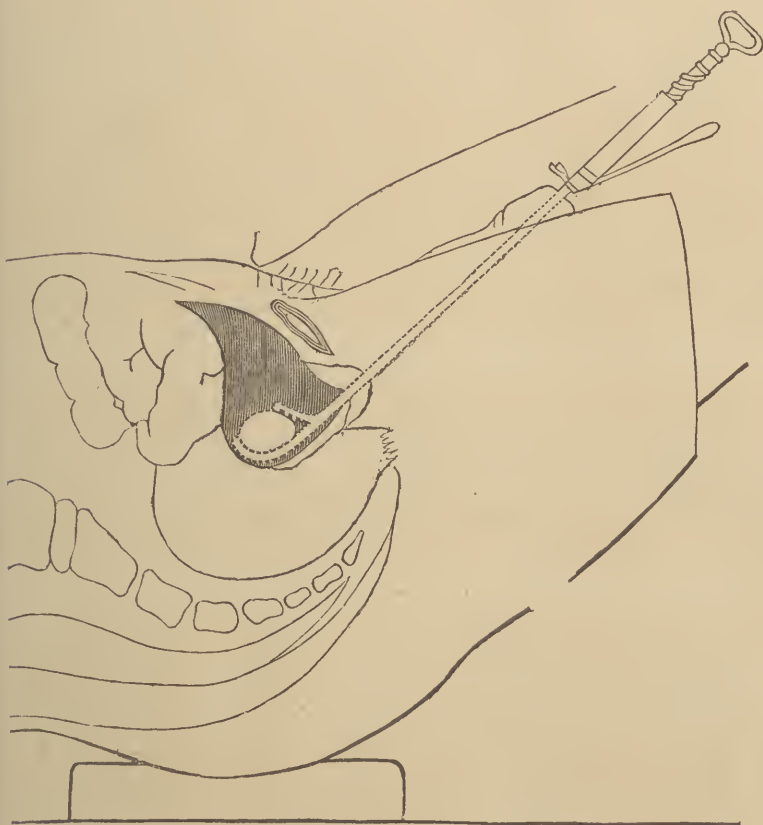



Fig. 79. — Diagramma de Thompson para mostrar a posição do doente e o modo de apprehensão dos calculos vesicaes na lithotricia.

O que fazer agora? O doente será conduzido para o leito onde me limitarei a recommendar-lhe bastante repouso, e que não ourine senão deitado. Farei ao mesmo tempo administrar-lhe

uma poção calmante, e mandarei applicar-lhe uma cataplasma de linhaça bem laudanisada á região hypogastrica.

O que acontecerá? Nas occasiões em que o doente ourinar, serão expellidos pela urethra os fragmentos do calculo que por alli poderem passar. E' possivel que seja impellido atravez do collo um fragmento que tenha difficuldade em atravessar o canal da urethra, e para impedir que isto succeda é que recommendei ao doente que não se pozesse de pé quando tivesse de ourinar. Quando o doente ourina em decubito dorsal, os fragmentos maiores conservão-se por seu proprio peso nò baixo fundo da bexiga e só os pequenos fragmentos do calculo são expellidos com a ourina, ao passo que, si o doente ourinar de pé, póde um grosso fragmento ser impellido através da urethra, e, si ficar engasgado na parte profunda do canal, poderá ser causa dos mais graves accidentes.

O repouso é ainda uma condição essencial para modificar e diminuir o estado de irritação da bexiga, tanto maior quanto o orgão já soffria com a presença do calculo; e quando este antes do esmagamento não determinasse uma irritação pronunciada, não deixaria de a produzir logo que foi fragmentado ou reduzido em partes de arestas salientes e desiguaes, as quaes se põem em contacto com as paredes internas da bexiga, as irritão grandemente, e muitas vezes dão em resultado uma cystite aguda mais ou menos intensa, segundo a susceptibilidade morbida do reservatorio ourinario. O maior e o mais esplendido resultado seria traduzido na lithotricia pelo esmagamento completo e perfeito da pedra em uma só sessão. Si o cirurgião conseguisse reduzir o calculo a pó ou a fragmentos de modo que estes fossem expellidos nas subsequentes emissões ourinarias, teria resolvido o mais grandioso problema da therapeutica dos calculos vesicaes. Mas assim não succede, a menos que se trate de uma pedra do tamanho de uma avelã, e é raro que os doentes em taes condições procurem submetter-se aos cuidados do cirurgião.

E' preciso pois renovar a operação. Que tempo deve decorrer entre uma e outra sessão? Depende isto dos phenomenos que se manifestarem. Si o doente que acaba de ser operado não tiver reacção febril, e não accusar sensibilidade exagerada para o lado da bexiga; si a ourina que expellir não fôr muito carregada e tinta de sangue, si não tiver, em uma palavra, nenhum phenomeno de inflammação vesical aguda, acompanhada de desejos frequentes de expellir as ourinas, póde-se fazer outra sessão d'aqui a 4 dias. As sessões devem em geral ser espaçadas e pouco demoradas.

Quatro a cinco sessões serão sufficientes para que este doente possa ter o seu calculo destruido, mas isto se dará si não manifestar-se algum accidente ou complicação para o lado da bexiga. Em taes condições é preciso espaçar a lithotricia; mas ainda aqui ha excepções. Algumas vezes a irritação ou as dores vesicaes com desejos frequentes de ourinar dependem do contacto dos fragmentos com as paredes da bexiga, e antes que as arestas d'aquelles se tornem obtusas e deixem de entreter a irritação ou a inflammação vesical, passará um tempo excessivamente longo durante o qual o doente fica abatido e passa pelos mais atrozes soffrimentos: em taes casos não tereis melhor meio para fazer desapparecer todos esses phenomenos do que proceder ao esmagamento do calculo. Tendes, para indicar-vos o procedimento mais conveniente, o estado do pulso e do calor apresentados pelo doente. Si manifestar-se aquella intolerancia e irritação da bexiga, e não houver reacção febril, podereis recorrer á nova sessão de lithotricia; no caso contrario convirá que se empreguem antes os meios tendentes a fazer cessar os phenomenos de reacção geral.

Quanto mais rapida e menos demorada fôr cada sessão, menos encommodos soffrerá consecutivamente o doente. Nos casos ordinarios cada sessão não deve durar mais de 3 a 5 minutos.

Ha cirurgiões que depois de cada manobra do lithoclasta retirão o instrumento para proceder depois á nova introducção por duas e trez vezes, e não receião em trazel-o com as colheres cheias de residuos do calculo ou com algum fragmento deste.

Heurteloup chegou até a estabelecer como methodo geral a lithotricia a que elle deu o nome de *evacuadora*—e que consiste em esmagar successivamente o calculo por modo que a bexiga fique inteiramente desembaraçada em uma unica sessão.

Tenho praticado não menos de dez operações de lithotricia, e nunca encontrei um doente que me permitisse, sem accusar grande soffrimento, fazer com o lithoclasta mais de trez manobras para apprehensão e esmagamento do calculo, e com quanto não tenha prolongado a sessão além de seis minutos, alguns não deixárão de experimentar por espaço de duas a quatro horas uma sensação dolorosa na parte profunda do canal, a qual se irradiava pelo perineo e pela região hypogastrica.

Não é impossivel levar á bexiga o lithoclasta e retiral-o por diversas vezes em uma mesma sessão com as suas colheres cheias de detritos calcareos, até que o doente fique livre do seu calculo, mas certamente não poderia nunca garantir a inocuidade, nem mesmo dar esperanças do resultado da operação.

Esses casos de bexiga que póde supportar em uma sessão a introducção por 5 ou 10 vezes do lithoclasta devem ser muito excepcionaes, para se estabelecer a lithotricia evacuadora como methodo geral. E' o contrario o que tereis de observar na maior parte dos doentes affectados de calculo vesical em que tenhaes de pratícar essa operação. Ainda em Março deste anno (1879) pratiquei a lithotricia em um doente morador em Petropolis, por causa de um calculo unico de 3 centimetros de diametro.

A simples introducção do lithoclasta provocava-lhe tanta excitação dolorosa que fui obrigado a lançar mão do chloroformio nas tres sessões subsequentes que se tornárão necessarias para o completo esmagamento do calculo. Cada sessão não

durava mais de 8 minutos, e ainda assim o doente por espaço de tres horas consecutivas continuava a queixar-se de muitas dores ao longo do canal, as quaes tornavão-se intoleraveis cada vez que tinha de ourinar, sendo notavel que nunca tivesse apparecido a menor reacção febril durante o tempo do tratamento.

A lithotricia, meus senhores, constitue uma das mais admiraveis concepções do espirito humano. Em si não offerece grandes difficuldades de execução, e, quando praticada com certa habilidade ou destresa, não expõe os doentes aos perigos da talha. Aquella não tem o apparato desta, e o seu unico defeito está em que não deixa o doente livre da pedra com uma unica operação ou em uma só sessão.

Mas não penseis que todas essas vantagens sejão sempre obtidas sem que tenhaes de observar phenomenos algumas vezes bem graves; não. A lithotricia póde dar logar aos mesmos accidentes que se observão em todas as operações urethro-vesicaes, como a febre urethral, a cystite, a prostatite, a orchite, as hemorrhagias, e as infiltrações ourinarias. Este ultimo accidente porém, como muito bem diz Carlos Hawkins, sobrevem quando o operador procura retirar o lithoclasta com as colheres cheias de residuos calculosos, ou quando um fragmento é retirado e dilacera a urethra extensamente.

Os accidentes mais peculiares á lithotricia são caracterisados por uma retenção passageira das ourinas, ou pela introducção de algum fragmento do calculo no canal da urethra, complicação esta que torna difficil e até impossivel a emissão das ourinas. Quando a retenção não é devida a esta ultima causa, e depende antes de uma indolencia vesical, ou de certa tumefacção do canal da urethra, podeis alliviar os doentes por meio da introducção de uma vela de gomma elastica vulcanisada, e no caso de que ella seja dependente da obstrucção do canal por fragmento do calculo, tratareis de fazer a extracção deste por meio da pinça urethral de

Mathieu ou de Collin, ou então procurareis impellir o calculo para o interior da bexiga.

Um accidente desta ordem é sempre motivo de grande cuidado e de enorme aborrecimento para o cirurgião, mas não vos impacienteis com as difficuldades que tereis de vencer para preencher qualquer dessas indicações. Quando o fragmento se acha na porção recta, conseguireis a sua extracção por meio da pinça fabricada por Mathieu, mas para isto é preciso proceder com delicadeza e muita attenção. Só quando o fragmento estiver na porção membranosa ou prostatica, si não vos fôr possivel fazer a extracção, é que tratareis de o impellir para a bexiga, o que realisareis servindo-vos do instrumento que especialmente para isso foi inventado pelo Dr. Guyon.

Entre a extracção do fragmento e a sua propulsão para o interior da bexiga, não precisa dizer-vos que devereis dar preferencia ao primeiro meio, porque a sua realisação deixará o doente ao abrigo de todos os accidentes da retenção ourinaria.

Conhecidos pois os mais notaveis accidentes que se podem manifestar sob a influencia da operação da lithotricia, podeis agora applicar a vossa attenção para o doente que ha pouco soffreu a primeira sessão do esmagamento da pedra, e estudar os phenomenos que, d'aqui em diante até á destruição completa do calculo, possão manifestar-se, na certeza de que só assim ficareis habilitados em cada sessão a conhecer as manobras mais proprias para a apprehensão dos fragmentos e para a verificação final de que o doente se acha completamente livre do calculo. Sem observar praticamente todas essas minudencias da lithotricia, andareis muitas vezes ás cégas com o vosso lithoclasta a procurar o calculo ou o fragmento calculoso, e si o vosso instrumento o puder encontrar nunca chegareis a fazer a sua apprehensão; todas as vossas explorações não trarão senão males incalculaveis ao doente, e por fim deixareis de lado uma operação de execução relativamente facil, e de vantagens admiraveis, e ireis cahir na

talha, operação tão apparatosa, como tragica em um grande numero de casos.

Evitae na lithotricia fazer muitos movimentos com o lithoclasta. Encontrado o calculo, limitai-vos a affastar as colheres do instrumento que aquelle virá se interpôr entre estas. Repeti a mesma manobra duas e tres vezes, que novos fragmentos poderâõ ser presos e esmagados, e assim successivamente até que o calculo se ache completamente destruido.

Consequencias da lithotricia no doente em questão. A primeira sessão teve logar no dia 18 de Março. O doente pouco soffreu durante o dia ; ourinou frequentes vezes e o liquido expellido veio carregado de grande quantidade de pequenos fragmentos. A' tarde os desejos de ourinar forão por vezes acompanhados de dôr e da sahida de um fragmento delgado de 10 millimetros de diametro. Contárão-se 98 pulsações por minuto, e a temperatura se elevou a 38,3.

Mandei continuar com as cataplasmas laudanisadas ao ventre, e receitei uma poção diluente, bem como umas pilulas com nitro, ergotina, camphora e opio.

O doente no dia 19 queixou-se de haver passado a noite bastante agitado, e sentido frequentes tenesmos na occasião em que ourinava. Não havia dôres na região hypogastrica, e a temperatura que pela manhã chegava a 38,1, desceu á tarde a 37 gráos.

As ourinas expellidas nas 24 horas pesavão 560 grammas. Erão um pouco turvas e continhão na camada inferior uma grande quantidade de sedimento esbranquiçado, de mistura com muita arêa e com alguns fragmentos.

O doente passou sem phenomeno algum notavel até ao dia 22 para 23 em que levantou-se para ourinar e sentiu a interrupção immediata do jacto com dôres violentas ao longo do canal e nas partes circumvizinhas. Pela manhã desse dia encontrei-o agitado, com as faces rubras e cobertas, bem como os braços e o tronco, de suores abundantes.

Introduzi uma sonda na urethra, e tendo encontrado com esta um corpo resistente logo abaixo do meato ourinario substitui a sonda pela pinça de Mathieu, e fiz a extracção de um fragmento um pouco mais grosso que um carôço de feijão.

O doente d'ahi em diante passou bem, e então no dia 25 fiz a segunda sessão, cuja duração não excedeu de 7 minutos. Forão presos um fragmento que marcou na haste do lithoclasta 2 centimetros de diametro, e dous outros de menor extensão.

Os phenomenos de irritação vesical forão mais pronunciados depois dessa segunda sessão, mas acalmárão-se logo sob a influencia das cataplasmas ao ventre, e do uso do extracto fluido de buchu. A terceira sessão teve logar no dia 1 de Abril; forão esmagados tres pequenos fragmentos, e a sessão durou seis minutos.

O doente queixou-se durante o dia de frequentes tenesmos vesicaes acompanhados de dôres no canal e no collo da bexiga. Houve expulsão de grande quantidade de areia e de tres fragmentos de diversos tamanhos, cinco a sete millimetros, não excedendo em volume á metade de um grão de milho. As ourinas apresentárão-se carregadas de grande quantidade de uma materia espessa viscosa e de aspecto muco-purulento.

Os tenesmos e dôres vesicaes, em logar de diminuirem, tendo tomado grande incremento no dia 6, apezar das cataplasmas e de uns suppositorios compostos de 2 grammas de manteiga de cacáo, de 15 cent. de iodoformio e de 5 cent. de extracto de opio, resolvi fazer a quarta sessão. O doente foi chloroformisado, e forão esmagados dous fragmentos, um dos quaes se achava no collo da bexiga. A sessão durou seis minutos.

No dia seguinte continuou a queixar-se de fortes dôres durante a expulsão das ourinas. Estas apresentavão uma côr vermelha sanguinolenta, erão pouco abundantes e encerravão alguns detritos arenosos.

Estes phenomenos forão cedendo pouco a pouco, de modo que no dia 18 fiz uma quinta sessão em que forão presos e esmagados quatro pequenos fragmentos.

O doente expelliu com as ourinas grande quantidade de areia, e ainda que se queixasse de dôres quando ourinava, todavia o seu estado geral era bom. Não havia reacção febril, e teve sempre excellente appetite. As ourinas erão mais claras e mais abundantes que nos dias anteriores. Fazia uso da agua de Contrexeville. No dia 1 de Maio fiz uma nova sessão, e apenas encontrei um pequeno fragmento que foi apprehendido e esmagado.

No dia 10 introduzi o lithoclasta, e apezar de minuciosa exploração não encontrei vestigios de calculo.

O doente ficou no hospital até ao dia 23 de Junho, em que teve sua alta, visto que uma nova exploração feita no dia 20 não descobrio mais nenhum fragmento de calculo.

O seu estado era excellente.

CAPITULO XI

DE ALGUMAS LESÕES E AFFECÇÕES DO APPARELHO INTESTINAL

SEPTUAGESIMA LIÇÃO

TUMORES HEMORRHOIDARIOS

SUMMARIO : — Phenomenos apresentados por um doente de tumores hemorrhoidarios.—Lesões e affecções do anus e do recto que se podem confundir com os tumores hemorrhoidarios.—Idéas erroneas ácerca da naturesa e do tratamento desses tumores.— Divisão dos tumores em externos e internos.— Constituição dos tumores externos. — Ha tres variedades de tumores hemorrhoidarios internos.—Descripção de cada variedade.—Naturesa dos tumores hemorrhoidarios.—Causas physiologicas e pathologicas.—Tratamento expectante ou palliativo.— Casos em que elle aproveita.— Tratamento cirurgico.— Excisão pela thesoura ou pelo bisturi.— Regras a seguir.— Accidentes provocados pela excisão.—Combinação deste meio com a cauterisação.— Destruição pelos causticos. — Cuidados reclamados.— Ablação pelas pinças causticas de Amussat e de Valette de Lyão.— Methodo da ligadura e sua execução.—Conselho dado por Asth. Cooper.—Apreciação desse methodo.— Emprego do galvano-caustico.—Suas vantagens e inconvenientes.— Esmagamento linear de Chassaignac. — Preferencia dada a este processo.— Sua applicação no doente, cuja historia foi assumpto da conferencia.— Resultado favoravel.

MEUS SENHORES,

A observação, cuja leitura acabastes de ouvir, é relativa a um individuo branco, portuguez, sapateiro, de temperamento lymphatico-bilioso, de 35 a 40 annos de edade, o qual entrou para este serviço no dia 13 de Abril e foi occupar o leito n. 17, afim de se tratar de uma affecção que tinha a sua séde na margem do anus e na parte inferior do intestino recto. Esse individuo

referio que ha mais de dous annos começou a ter na occasião da expulsão das fezes algum corrimento sanguineo, que depois tornou-se de mais a mais abundante, de modo a expellir algumas vezes meia a uma chicara de sangue rutilante. Além disto, essas evacuações erão geralmente difficeis, dolorosas e seguidas da sahida de pequenos botões ou tumores, donde esguichava o sangue que se observava nas fezes. Algumas vezes esses tumores erão reduzidos com facilidade, e então os soffrimentos desappareciāo ; porém em certas occasiões a reducção só se realisava no fim de uma a duas horas, e durante todo este tempo havia na região um sentimento de peso e de constricção muito incommodo. As evacuações não erão entretanto regulares, e se realizavão no fim de dous a quatro dias, e ainda assim erão pouco abundantes e constituidas ora por materias solidas, ora por partes semi-fluidas. A economia resentia-se desse estado, por ligeiras dôres de cabeça quasi diurnas, gastralgia e sentimento de plenitude do estomago e intestinos logo depois da mais parca refeição, acompanhado de prostração de forças ou aborrecimento para qualquer trabalho do corpo ou da intelligencia.

Do exame a que procedi não obtive indicio algum de alteração material nos orgãos contidos na cavidade thoracica. Pela apalpação do ventre apenas sentia-se alguma renitencia para o hypocondrio direito, sem que entretanto a pressão despertasse alli sensibilidade anormal. A lingua era larga, rosacea, humida e apenas saburrosa em sua base. Não havia sêde exagerada, nem grande perda de appetite.

As veias dos membros inferiores não apresentavão dilatação alguma notavel, a menos que o individuo estivesse por algum tempo em posição vertical. Fazendo-o deitar, descobrião-se entre os sulcos das nadegas, no fundo da região anal, e implantados no lado esquerdo da margem do anus na união da pelle com a mucosa, tres pequenos tumores do tamanho de uma avelã, ligeiramente tensos e sensiveis, de côr escura, separados uns dos outros

por sulcos profundos, e banhados por mucosidade glutinosa e ligeiramente fetida. Afastando-se bem as nadegas para dilatar a margem do anus, observava-se que esses tumores se inserião por uma base larga sobre a mucosa correspondente ao esphincter externo, e que mais acima, não só n'esse lado como no direito, existião com a mesma configuração e tamanho dous outros tumores, mais tensos, elasticos, e sensiveis do que os observados no exterior. A mucosa do extremo inferior do recto, até onde se podia attingir com o dedo, se achava infiltrada e mais desigual do que naturalmente se apresenta. Os esforços naturaes, como no acto da defecação, fazião com que estes ultimos tumores descessem e se aproximassem da margem do anus.

A' vista dos symptomas objectivos e subjectivos apresentados por este doente, não póde restar duvida, meus senhores, que se trata aqui da affecção a que se dá o nome — de tumores hemorrhoidarios.

Só por descuido ou falta de attenção é que se poderia confundir essa affecção com o engorgitamento passageiro de uma ou mais pregas da margem do anus como se observa algumas vezes nos individuos de habitos sedentarios ou que permanecem em cadeiras estufadas durante muitas horas.

O tumor que dahi resulta póde determinar algum prurido e incommodo nos individuos que o apresentão. O seu volume é pouco consideravel, e a sua superficie é constituida pela pelle irritada e póde achar-se banhada por alguma humidade. Esses tumores distinguem-se dos tumores hemorrhoidarios pelo crescimento gradual e pela ausencia de symptomas agudos locaes e de perturbações constitucionaes.

Não devo pensar em um papilloma syphilitico já pela forma differente destas excrescencias, já pela ausencia de accidentes syphiliticos consecutivos ou concumitantes.

O prolapso do recto póde ser confundido com os tumores hemorrhoidarios, mas não foi difficil estabelecer o diagnostico

differencial, desde que não ignorava que no prolapso de uma porção da circumferencia do recto o tumor devia ser de volume notavel, de superficie igual e vellosa com uma depressão central por onde o dedo poderia ser introduzido profundamente, e no prolapso de uma prega da mucosa rectal teria um tumor de larga base de insersão, sem grande turgencia, e que facilmente escorregaria sobre os tecidos subjacentes, não provocando nunca perturbações constitucionaes, nem sendo sujeito a essas variações de turgencia e flacidez dos tumores hemorrhoidarios.

A confusão com os polypos do recto seria mais facil, entretanto não era de modo algum possivel acreditar em uma producção d'esta natureza, porque com effeito os polypos têm um crescimento gradual e são acompanhados de phenomenos inflammatorios locaes e de perturbações constitucionaes. Além d'isto a sua superficie é sempre lisa e luzidia, e pela pressão a sensibilidade é nulla, ao passo que nos tumores hemorrhoidarios as dôres são constantes pela compressão. Na variedade benigna dos polypos, ou quando se trata de um myxoma puro, não ha hemorrhagia, excepto quando o tumor se ulcera, ou soffre excoriações na occasião da sahida de fezes endurecidas ; ainda assim pelo exame do estado da mucosa anal ou rectal, e pela fórma da hemorrhagia se poderáõ destinguir as duas affecções entre si.

Em que consiste porém a affecção conhecida com o nome de tumores hemorrhoidarios?

Eis ahi, meus senhores, uma questão pathogenica a cujo respeito nem todas as opiniões estão de accôrdo. Alguns não vêm nos tumores hemorrhoidarios mais do que um estado varicoso das veias respectivas ; outros sem deixarem de notar esse estado das veias hemorrhoidarias encontrão n'esses tumores uma disposição mais complexa do que a que se nota nas simples varices. Seja como fôr, para nós clinicos o que devemos saber é que ha tumores hemorrhoidarios externos e internos.

Quando se examinão os tumores hemorrhoidarios externos, vê-se que elles são constituidos não só pelo tegumento muco-cutaneo da região anal como pelas extremidades das veias hemorrhoidarias, cujas paredes circumscrevem cavidades repletas de sangue.

Os tumores assim formados são susceptiveis de congestões passageiras ou permanentes, e então elles são globulosos, de uma côr livida, tensos e elasticos ao tocar, e excessivamente dolorosos. Quando o estado agudo tem cessado, o sangue é absorvido, a pelle se franze e a molestia quasi não deixa vestigios; mas si o tumor ou tumores são volumosos, a acção inflammatoria se revela a cada instante, a molestia toma incremento e ao lado de um tumor forma-se outro, e assim successivamente de modo a constituirem ao redor do orificio anal um collar mais ou menos saliente e de fórma mamillar.

As hemorrhoides internas offerecem tres variedades que se distinguem não só pela estructura como pela proeminencia que tomão os symptomas proprios ás affecções hemorrhoidarias. Estas variedades serão summariamente descriptas na ordem da frequencia que apresentão.

A primeira variedade é constituida pelas pregas da membrana mucosa, pela hypertrophia do tecido cellular sub-mucoso, e pelos capillares arteriaes e venosos anormalmente desenvolvidos e congestionados (fig. 80). Quando esses tumores são constituidos pelas arterias, offerecem uma côr rubra, luzidia, uma estructura esponjosa e uma superficie vellosa semelhante á da conjunctiva na ophthalmia chronica; elles sangrão com facilidade e o sangue espirra a finos jactos de toda sua superficie. O caracter deste fluido é arterial, e é preciso notar que os auctores que considerão os tumores hemorrhoidarios como varices, quando fallão da hemorrhagia dizem que o sangue é vermelho e brilhante, o que não se devia dar si elle só proviesse das veias, onde a circulação é nestes casos muito lenta. Esses tumores se inserem commummente por uma larga base sobre a margem superior do esphincter

externo: algumas vezes o tegumento do anus é comprehendido ou por causa do grande volume que adquirem os tumores ou por nascerem estes perto do orificio anal. Na segunda variedade os tumores, como tendes visto no doente aqui em tratamento, são mais solidos, quasi redondos ou periformes, e de superficie rosea ou ligeiramente escura. Esses tumores se inserem por um pediculo

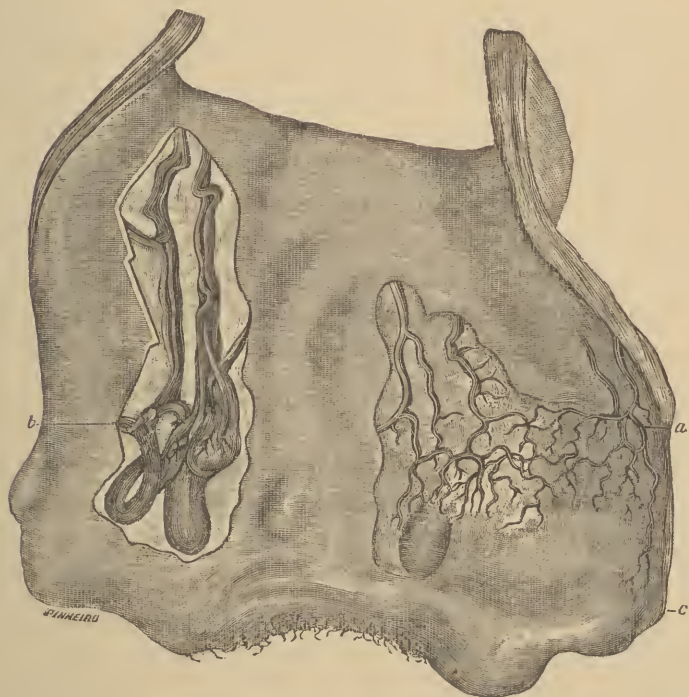



Fig. 80. — Tumores hemorrhoidarios internos em que se indicão pelas letras a e b as disposições das veias e arterias que os constituem. A letra c indica o esphincter externo.

mais ou menos largo e alongado, e são constituidos pela membrana mucosa, pelo tecido cellular hypertrophiado e por veias, cujas tunicas se apresentão espessas. Algumas vezes entre estes existem tumores com a mesma estructura anatomica da primeira variedade, e, ainda que não sejão muito sujeitos ás hemorrhagias,

elles algumas vezes sangrão, sobretudo na occasião da defecação. A terceira variedade que pelos seus caracteres devia ter o nome de excrescencia vascular hemorrhoidaria, differe essencialmente das duas precedentes, não só por serem os tumores numerosos, mais florescentes, excessivamente vasculares e de superficie granulosa, como por serem de um volume insignificante e provocarem hemorrhagias frequentes e abundantes.

A descripção que acabei de vos apresentar parece deixar fóra de duvida que, com quanto as veias hemorrhoidarias entrem na composição dos tumores do mesmo nome, ellas não constituem sómente por si a affecção, e si com effeito esta não tivesse por natureza o desenvolvimento de um tecido erectil, em cuja organização entrão vasos venosos e arteriaes, por certo que as hemorrhagias não devião ser formadas por sangue vermelho e rutilante, como já disse.

As causas das affecções hemorrhoidarias ou dos tumores dessa natureza são tanto physiologicas como pathologicas, e podem existir conjunctamente e reagir uma sobre a outra. Entre essas causas, a constipação do ventre, os habitos sedentarios, a plethora do figado e de outras visceras abdominaes, a obstrucção mecanica e pathologica da circulação venosa, e as molestias dos orgãos contiguos ao recto, são as que parecem exercer maior influencia sobre a manifestação dos tumores hemorrhoidarios. Na maioria dos casos a origem destes é constitucional, ainda que muitos possão desenvolver-se por herança ou por essa solidariedade organica entre o progenitor e os filhos.

A existencia desses tumores se revela em regra geral por dejecções mucosas, hemorrhagias, tensão na região anal, turgencia dos tumores, peso e dôres ora supportaveis, ora agudas e cortantes, não só na região anal como na região sacra e na direcção dos nervos iskiaticos e obturadores.

Na supposição de que os tumores hemorrhoidarios constituião verdadeiros emunctorios para onde se derivavão muitos principios

morbidos, diversos medicos têm concorrido para espalharem a crença de que não se deve nunca tentar a ablação d'esses tumores nem supprimir as hemorrhagias periodicas ou incessantes que d'elles procedem, sob pena de se manifestarem molestias graves para diversos orgãos importantes á vida.

Si em alguns casos o terror inspirado pelos partidarios da doutrina vitalista e humorista, tem feito com que os cirurgiões sejão attentos no estudo das causas dos tumores hemorrhoidarios e não proponhão sempre a extirpação; por outro lado a ignorancia tem a este respeito estabelecido preconceitos tão prejudiciaes, que chegão-se a encontrar individuos reduzidos ao ultimo grão da anemia por terem recebido o conselho formal de seu medico, de não deixarem extinguir a fluxão hemorrhoidaria, nem permittiir que se toquem nos tumores que lhes estão dando cabo da existencia!

A um estado identico chegou um dos melhores pharmaceuticos d'esta côrte, quando, sendo consultado, eu propuz a ablação dos tumores hemorrhoidarios de que soffria havia alguns annos. O meo conselho foi aceito como um recurso extremo entre a vida e a morte, e o resultado, meos senhores, é que o nosso pharmaceutico, operado ha dez annos, está forte e no gozo da mais vigorosa saude. Asseguro-vos que si elle não fosse operado, não teria vivido oito dias!

Ha sem duvida casos em que os tumores hemorrhoidarios se apresentão em individuos affectados de lezões organicas do coração e do pulmão, ou são a manifestação de certos estados morbidos dos orgãos situados na vizinhança do recto, como os kystos dos ovarios, os fibromas uterinos, e o proprio carcinoma do recto, e então ha para a extirpação dos tumores hemorrhoidarios a mesma contra-indicação que haveria para outra operação que não fosse de grande urgencia, ou que não tendesse a destruir ao mesmo tempo a causa da affecção hemorrhoidaria; mas quando os tumores d'este nome constituem uma manifestação local,

dependente da vida sedentaria do individuo, ou de certa plethora abdominal ou da circulação hepatica, sem duvida combatendo esses estados ao mesmo tempo que tenhaes determinado a extirpação dos tumores hemorrhoidarios, preenchereis as mais salutares indicações.

Em taes condições a que meios, meos senhores, devêmos recorrer?

Ha uma distincção a fazer entre os tumores externos e internos.

Os tumores hemorrhoidarios externos quando são unicos e se achão em estado agudo, podem ceder ao tratamento antiphlogistico local, conjunctamente com fomentações e embrocações emollientes; mas, si a dôr que elles provocão fôr intensa, e por seu lado esses mesmos tumores apresentarem-se bastante desenvolvidos, tensos e dolorosos, podemos dilatal-os, como já tenho feito muitas vezes com proveito, ou excisal-os por meio do bisturi, praticando-se a separação do centro para a circumferencia do anus.

Alguns cirurgiões servem-se para isto de uma thesoura, mas objectão outros que, quando os tumores são grandes e tensos, estes escorregão entre as respectivas laminas e dous e tres córtes são necessarios ou devem ser feitos antes que se effectúe a ablação, o que deverá causar dôres enormes ao paciente. Dou tambem preferencia ao bisturi, tanto mais quanto por este meio attendo sempre á uma condição muito importante nas operações feitas na margem do anus, a qual consiste em não fazer-se a ablação da pelle ou de mais tecido do que é absolutamente exigido, pois que resultaria dahi um estreitamento do anus, que é uma affecção muito peior do que os tumores hemorrhoidarios.

Nos casos em que se tenha de praticar a excisão, o doente será deitado sobre o leito ou sobre uma meza no decubito lateral esquerdo, com a côxa superior em flexão sobre a bacia e a perna em flexão sobre a côxa, e ainda com a côxa e perna inferiores em extensão sobre o leito.

Depois que um ajudante tiver separado as nadegas do doente, o cirurgião prenderá com uma pinça a parte mais culminante do tumor, e si este fôr pequeno o cortará de um só golpe; si fôr volumoso e largo o incluirá entre duas incisões ellipticas de modo a respeitar os tegumentos e a ter os labios da ferida facilmente aproximados. Si existirem muitos tumores, ou estes forem internos, a excisão expõe os doentes a hemorrhagias graves e a phlebites, como succedeo a alguns individuos tratados por cirurgiões da ordem de Asth. Cooper.

Com o fim de obviar a esses perigos, Dupuytren, depois da ablação dos tumores, fazia a cauterisação da ferida com o ferro em brasa, processo esse que, além de provocar inflammação intensa e uma ferida suppurante que devia trazer a coarctação do recto, era excessivamente doloroso, pois que ainda não se conhecião as propriedades anesthesicas do ether e do chloroformio.

Um ou outro cirurgião ainda nestes ultimos tempos tem lançado mão da excisão, mas, em logar da cauterisação com o ferro em brasa, tem-se servido da cauterisação por meio do acido azotico. A operação não deixará por isto de ser menos dolorosa, e não haverá certeza de que a hemorrhagia não se declare.

De tempos a tempos os escharoticos, quer de uma, quer de outra especie, têm sido elogiados, mas por fim não deixão de cahir em esquecimento. Quando porém o cirurgião tiver de applical-os, deverá pôr os tumores a descoberto com o *especulum ani* para sobre elles passar o caustico respectivo, de modo que a superficie granulosa seja convertida em uma eschara negra. E' preciso ter cuidado em que o caustico não vá atacar ou ser posto em contacto com o tegumento, pois que se fará por esse meio apparecer muita dôr. Uma porção de gesso dissolvido n'agua deve ser empregada com o fim de neutralisar a acção do acido em excesso e prevenir qualquer mal nos tecidos subjacentes.

Este plano de tratamento foi imaginado pelo Sr. Cusack, e em 1843 o Dr. Houston publicou a este respeito algumas

observações. Empreguei este methodo em uma senhora que se achava já anemica em consequencia de frequentes hemorrhagias, que vinhão de uma excrescencia hemorrhoidaria de volume notavel e que se achava inserida na parte posterior do recto. Um ramo arterial passava por alli, mas não senti a sua pulsação. Appliquei o acido nitrico segundo as regras que indiquei, e, ainda que a saude dessa senhora tivesse melhorado, entretanto no fim de tres mezes nova hemorrhagia teve logar, e pelo exame reconheci que o tumor havia reapparecido. Convencido de que nenhuma vantagem alcançaria com o acido, pratiquei a ablação pelo esmagador linear, e até hoje a molestia não reappareceu.

Ainda como meio que tem sido empregado nos casos de tumores hemorrhoidarios internos, e que é da mesma natureza dos que acabei de fallar, não deixarei em olvido a cauterisação imaginada, segundo um processo particular, pelo Sr. Amussat. Esse processo consiste na applicação á roda da base dos tumores de uma pinça, cujos ramos apresentão na parte interna um rego onde se deita um pouco de potassa e cal. Depois de ter permanecido alli por alguns instantes, a pinça é retirada e sobre a parte operada estabelece-se uma irrigação continua d'agua fria por espaço de uma semana.

Em logar da potassa e cal o professor Valette de Lyão preconisa o chlorureto de zinco, e encontra na ablação dos tumores hemorrhoidarios por este meio vantagens superiores ás de todos os outros processos.

Quando tratar-se de um tumor unico, não haverá inconveniente em lançar-se mão de semelhante meio, mas nas condições oppostas a operação tornar-se-ha muito demorada e não deixará de ser excessivamente dolorosa, como o professor Valette é o primeiro a confessar.

A ligadura é tambem um methodo muito preconisado pelos cirurgiões e que tem de quasi todos recebido um apoio decisivo quando se trata da ablação dos tumores hemorrhoidarios internos.

E' preciso em semelhantes casos que se faça antes da operação a lavagem do recto por meio de um purgativo ou de clysteres; e, para que os tumores tornem-se proeminentes, deve-se ter o cuidado de recommendar aos doentes que se assentem previamente em um banho morno. Os doentes serão depois deitados no leito na posição para a excisão de modo que as nadegas excedão um pouco á borda deste. As ligaduras então serão feitas com fios de linho bem encerados, e para sua applicação o cirurgião póde servir-se de uma agulha curva, por meio da qual fará a transfixão dos tumores ou de cima para baixo ou melhor de baixo para cima. Si não existir mais de um tumor e este fôr pequeno, póde-se comprehender a base em um só laço, e não ha necessidade em fazer-se a transfixão; mas, si o tumor fôr de volume notavel, é necessario para mais segurança applicar através do tumor uma dupla ligadura. Neste caso o cirurgião leva o dedo indicador de uma das mãos á margem superior do tumor e com elle regulará a entrada e sahida da ponta da agulha, que depois da transfixão será retirada, ficando uma das pontas da linha presa pelo operador, que immediatamente por meio de um ou mais nós fará a respectiva ligadura (fig. 81). Quando o tumor não se tornar saliente por meio do dedo, o cirurgião o prenderá com uma pinça de dentes de rato e o trará para fóra de modo a pôl-o a descoberto, e, si aquelle comprehender a margem do anus, deve a parte inferior do tumor ser incisada, o que, além de causar menos dôr ao paciente, fará com que a separação se torne mais rapida.

Asthley Cooper recommendava que a ligadura não fosse muito apertada para não determinar muitas dôres, mas elle commettia um erro grave e produzia aquillo mesmo que queria evitar. O fim da operação é a destruição da porção morbida da membrana mucosa pela interrupção da circulação, e isto é obtido com mais facilidade e segurança quanto mais apertadas ficarem as ligaduras. E' preciso porém que estas, quando applicadas á base dos tumores, comprehendão tudo, menos os tecidos sãos. Todos os

tumores podem ser operados ou separados na mesma occasião, porque do contrario a inflammação poderia tornar-se intensa além de deixar o paciente condemnado aos effeitos da mesma molestia.

E' aconselhado por alguns auctores e mesmo por escriptores modernos que, quando existirem muitos tumores, não se opere mais de dous. Si esta recommendação fosse abraçada, o resultado seria justamente o que já indiquei. Depois da operação deve-se administrar uma poção em que entrem umas trinta ou quarenta gottas de tintura de opio, não só com o fim de acalmar o doente

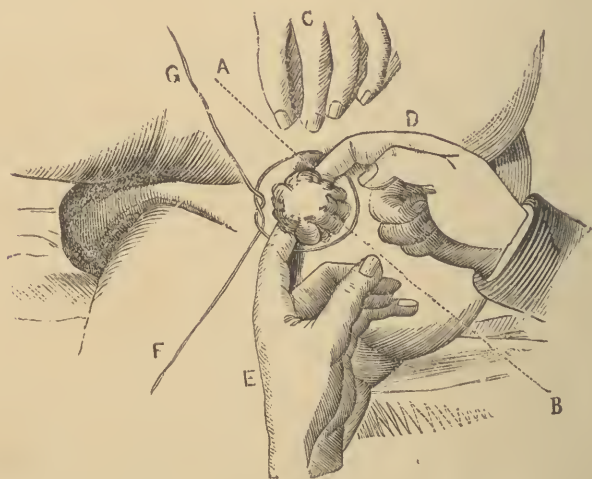



Fig. 81. — Tumor hemorrhoidario A e B preso pelos dedos D e E, e abraçado pelo fio F e G. A letra C representa a mão do ajudante que afasta a nadega superior.

como de determinar uma constipação de ventre por alguns dias. Do terceiro dia em diante, para que se estabeleção as funcções intestinaes, se dará duas vezes por semana um ligeiro purgativo. As ligaduras geralmente cahem entre o quarto e o oitavo dia, e a cicatrização das feridas póde ser activada pela applicação de um unguento estimulante, a qual promptamente e sem dôr é feita por meio de uma seringa de vidro munida de uma larga abertura. A alimentação será nutritiva, mas não convem que seja composta

de substancias solidas; mas depois que o curso das materias fecaes tiver sido estabelecido póde-se permittir o uso destas substancias. Não é preciso que o doente permaneça por muito tempo no leito, mas é conveniente que elle tenha o maior repouso possivel até que a cura se tenha effectuado.

Eis o plano de tratamento seguido nas affecções hemorrhoidarias por grande numero de praticos; entretanto nem todos os cirurgiões vêm na ligadura um methodo innocente, e alguns casos se encontrão nos *annaes scientificos* em que a morte fôra o resultado da operação. Só por sua parte B. Brodie refere que perdêra tres doentes cujos tumores hemorrhoidarios forão tratados pela ligadura, e ha alguns casos de tumores nos quaes, depois de terem sido ligados, não se realisára a separação senão parcialmente, o que por certo deverá produzir grandes inconvenientes.

A ligadura não offerece vantagens superiores á ablação pelo processo do professor Valette de Lyão, e tem o inconveniente de ser mais doloroso e de expôr, como é de observação, a accidentes graves; por tudo isso não submetterei o meu doente a esse methodo de tratamento. Resta a ablação pelo galvano-caustico de Mildderdorpf e pelo esmagamento linear de Chassaignac. A ablação pelo galvano-caustico tem todas as vantagens da cauterisação, reunidas á rapidez de acção desse meio admiravel e á uma inocuidade relativa fóra de toda a duvida, mas para sua execução elle necessita de apparelhos complicados e de custo elevado, o que difficulta a acquisição para a pratica ordinaria, tanto mais quanto na ablação pelo esmagador linear de Chassaignac podem-se encontrar vantagens que se traduzem pela segurança e rapidez de acção e pela ausencia de corrimento sanguineo grave e de outros accidentes perniciosos.

Todos vós conheceis o esmagador linear de Chassaignac e não ignoraes que a dor que resulta de sua applicação é muito intensa, pelo que não se póde fazer com elle a ablação dos tumores

hemorrhoidarios sem submetter os doentes á acção do chloroformio ou dos outros anesthesicos.

A operação em si não offerece a menor difficuldade.

O primeiro tempo é quasi identico ao da ligadura : os tumores internos devem ser trazidos para o exterior por meio de pinças de dentes de rato ou pelas pinças de Chassaignac, chamadas divergentes ou convergentes, segundo o modo porque prendem os tu-

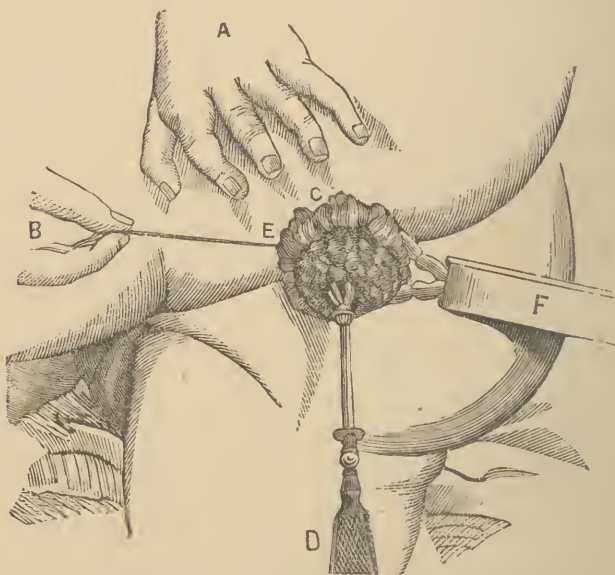



Fig. 82. — Tumor hemorrhoidario C preso pela erygna D e abraçado pela cadeia do esmagador F depois de pediculado pelo fio E. As letras A e B representão as mãos dos ajudantes.

mores, e pela base do grupo destes ou de cada um de per si passa-se um laço para constituir o pediculo, que então será abraçado pela cadêa do esmagador (fig. 82). O que é essencial é que com esta ou com os laços não se inclúa a mucosa intermediaria ou a pelle. Os tumores podem ser esmagados um após outro, ou então todos ao mesmo tempo, para o que se disporá de tantos

esmagadores quantos forem os grupos de tumores. O esmagamento deve ser praticado com lentidão regulando cada passo do esmagador por quarto de minuto. Concluida por este modo a operação, antes da qual deve-se ter o cuidado de administrar ao doente um clyster purgativo e outro de limpeza, nada mais tem-se de fazer do que deitar o operado no leito competente, recommendando-lhe o maior repouso, e prescrever o uso de um centigramma de morphina de quatro em quatro horas, afim de estabelecer-se por quatro a seis dias a constipação do ventre. O uso da morphina não deve exceder de cinco a dez centigrammas nas 24 horas.

Si depois da separação dos tumores houver corrimento sanguineo mais notavel, o cirurgião deverá levar ao anus uma bola espessa de cotão, que logo fará cessar a sahida do sangue. Si houver hemorrhagia o cotão póde ser embebido na solução de perchlorureto de ferro e levada em maior abundancia ao interior do recto, com o que em dous casos em que o empreguei não observei resultado desfavoravel.

Preferindo este methodo de tratamento a todos os outros, é delle que lançarei mão para o tratamento do doente que se acha aqui debaixo de vossa observação. Afim de impedir que a pelle nos tumores externos seja comprehendida na ligadura, e possa ulteriormente apparecer um estreitamento do anus, circumscreverei préviamente a base desses tumores por uma incisão semilunar, que comprehenda apenas a mucosa da parte interna sem a pelle que entra em sua composição pela parte externa.

Foi operado o doente de tumores hemorrhoidarios com que vos entretive em uma das conferencias passadas, segundo as regras que vos indiquei por essa occasião. A operação não offereceu a menor difficuldade e correu sem accidente algum notavel. Trabalhei com tres pequenos esmagadores, sendo dous para os tumores internos e um para os externos. As incisões nelles praticadas forão dirigidas do centro para a circumferencia, ou no

sentido das pregas naturaes do anus, afim de que a união da pequena solução de continuidade se realizasse na mesma direcção. Houve comtudo algum corrimento sanguineo das feridas resultantes da separação dos tumores internos, o qual cessou no fim de uma hora pouco mais ou menos com a introducção no recto de uma bola de cotão embebida na solução de perchlorureto de ferro. O doente sentio alguns puxos ou desejos de evacuar por causa desse corpo estranho que se achava no recto, mas tudo isso cessou de incommodal-o ao cabo de pouco tempo.

A constipação do ventre foi entretida por cinco dias, no fim dos quaes foi administrado um purgativo composto de 240 grammas de mistura salina simples e 32 grammas de sulphato de magnesia, o qual produzio tres evacuações abundantes.

Nenhum phenomeno anormal manifestou-se até hoje, trigesimo dia depois da operação. A cicatrização externa se realizou sem coarctação, e a interna teve o mesmo exito, visto que o doente expelle as fezes sem dôr e difficuldade. O estado geral tem melhorado consideravelmente, e, visto que o operado deseja sahir hoje, 31 de Maio, recommendei-lhe os preceitos hygienicos apropriados a semelhantes casos, e de que já vos fallei, e aconselhei-lhe o uso das pilulas de ferro de Vallet para tornar-lhe a constituição mais robusta.

SEPTUAGESIMA PRIMEIRA LIÇÃO

ESTREITAMENTO FIBROSO DO RECTO

SUMMARIO : — Observação de um doente que accusava difficuldades na defecação. — O resultado do exame permitte estabelecer o diagnostico de um estreitamento fibroso do recto, complicado de fistulas do anus.— Definição do estreitamento do recto.— Divisão dos estreitamentos em espasmodicos, fibrosos e cancerosos. — Distincção entre esses estados e diversos accidentes que trazem um embaraço passageiro na sahida das materias fecaes.— São admissiveis os estreitamentos espasmodicos.— Sobre os outros dous generos não ha discrepancia nas opiniões.— Séde dos estreitamentos fibrosos.— São raros os estreitamentos multiplos.— Particularidades do estreitamento do doente observado.— Complicações que se manifestão.— Trajectos fistulosos.— Pontos em que estes se observão.— Alterações experimentadas pelo intestino acima e abaixo do estreitamento.— Opinião do professor Gossolin.— Resultado da autopsia feita em Talma por Broschet.— No doente em observação não se póde formar juizo seguro sobre a causa do estreitamento.— O que se sabe a este respeito em outros casos.— Influencia de certas alterações inflammatorias e do cancro syphilitico sobre os estreitamentos do recto.— Opinião de Gossolin e de Cullerier a este respeito.— Rasões pelas quaes attribuo o estreitamento a uma rectite ulcerosa de que foi victima o doente.— Consequencias dos estreitamentos do recto.— Qualquer tratamento interno é inutil.— Necessidade do emprego dos meios cirurgicos.— Divisão destes meios em quatro classes.— O methodo da dilatação é intoleravel.— O methodo pela cauterisação é perigoso.— O methodo pela incisão tem reunido muitos sectarios.— Accidentes a que elle expõe os doentes.— Rectotomia linear de Verneuil. — Modo de execução, quando ha ou não fistulas.— Suas vantagens forão manifestas no doente em questão.— Resultado ulterior e favoravel.

MEUS SENHORES,

O doente que tendes sob vossas vistas é um individuo que apenas chegou á edade de 22 annos, mas que já offerece os traços de quem soffre profundamente de molestia chronica; sua constituição é debil e seu temperamento lymphatico. Faz elle datar a sua affecção de 12 annos, e disse-me que soffre de inappetencia, de digestões difficeis, e principalmente de prisão

ou constipação de ventre, que só cede aos laxantes e clysteres, e que, prolongando-se algumas vezes por 4 e 6 dias, é substituida por diarrhéa acompanhada de tenesmos, e de algum corrimento sanguineo pelo anus, tornando-se preciso empregar esforços consideraveis quando vem, em certos casos, a evacuar espontaneamente, sendo as fezes em fórma de cordão delgado ou então como uma tira de fita estreita. Esses soffrimentos ha annos a esta parte tem ido sempre em progresso de modo que em uma occasião, que o doente não sabe precisar, as dores que elle experimentava, quando expellia as fezes, tornárão-se continuas, formando-se depois uma tumefação ao lado esquerdo da margem do anus, a qual abateu-se depois de se ter rompido a pelle e haver sahido certa quantidade de pús, havendo, desde então, ficado uma fistula, por onde sahe sempre um liquido amarellado que lhe suja a roupa.

Apparecendo ha dous mezes outras fistulas aos lados da primeira, resolveu tratar-se no hospital, onde veio occupar um dos leitos desta enfermaria. Refere tambem que ha um mez e meio lhe sobreviera na parte anterior da raiz do penis uma excoriação ou ulceração que já se acha cicatrizada.

Passando a examinal-o, noto que para o lado da circulação e da respiração nada ha de anormal. A pelle é humida e macia, e se apresenta no estado natural; a lingua é entretanto saburrosa, indicio de embaraço das primeiras vias. Pela apalpação o ventre não se mostra sensivel, e não encontro orgão algum cujo volume se ache augmentado.

Sobre a parte mediana e anterior da bainha do penis existe uma pequena cicatriz, de côr branca ou argentina, delgada e flexivel, e na raiz do penis uma escoriação de bordos irregulares, de fundo desigual, e que secreta um liquido sero-purulento pouco abundante; os tecidos vizinhos e a base não offerecem endurecimento algum; os ganglios inguinaes são perceptiveis, mas não volumosos, nem duros. A margem esquerda

do anus acha-se um pouco proeminente, com as suas papillas desenvolvidas e cobertas de uma secreção sero-purulenta fetida, e sobre a nadega do mesmo lado encontrão-se tres a quatro aberturas pequenas e circulares, d'onde a pressão faz transudar certa quantidade de um liquido com os caracteres do pús. Coberto o dedo de cerôto e introduzido no recto, observa-se que a 5 centimetros da margem do anus existe uma parte endurecida e resistente em cujo centro encontra-se uma abertura circular que nem mesmo deixa passar a phalange ungueal. Abaixo do aperto, as paredes do intestino se achão lisas e com uma consistencia que parece normal. Servindo-me do estilete e levando-o atravez de cada um dos orificios cutaneos, não posso mergulhal-o além de 3 a 4 centimetros, nem fazer com que a sua ponta penetre na parte accessivel do recto.

O doente, como vêdes, soffre todo esse exame sem accusar augmento nas dôres que habitualmente o perseguem.

A' vista dos phenomenos que são verificados por meio do dedo, não póde restar duvida de que este doente soffre de um estreitamento fibroso do recto, complicado de fistulas do anus. Mas o que se entende por estreitamento do recto? Dá-se este nome a um estado morbido caracterisado por alteração funccional ou por transformação fibrosa ou organica dessa parte do intestino. Encarados debaixo desse ponto de vista os estreitamentos podem ser destribuidos em tres classes, designadas com o nome de— *espasmodicos*, *fibrosos e cancerosos*.

Um tumor da prostata, da bexiga, do utero ou dos ovarios póde desenvolver-se, pesar sobre a extremidade inferior do recto e comprimir as paredes intestinaes, de modo a impedir a sahida das fezes, e fazer desapparecer o canal do intestino; um tampão de fezes endurecidas, ou um polypo, e as vezes certos tumores hemorrhoidarios internos podem ser causa de uma obstrucção e por sua presença embaraçar o curso das materias intestinaes, e, ainda que provoquem alguns dos graves accidentes dos estreitamentos

propriamente ditos, todavia não devereis, em tempo algum, dar a esses estados o nome de estreitamento do rėcto, senão quando houver alteração especial das paredes intestinaes.

Alguns pathologistas não admittem os estreitamentos espasmodicos do recto. Si é certo que, differentemente da urethra e do esophago, onde as contracções musculares podem ser levadas a ponto de impedirem o respectivo catheterismo e embaraçar a sondagem, não se encontrão na estructura do recto, com excepção dos esphincteres externo e interno, camadas musculares bastante vigorosas e que gozem de uma força contractil capaz de apertar o canal do intestino e provocar uma coarctação, não é por outro lado menos exacto que em certos individuos a extremidade inferior do recto seja munida de uma camada muscular que, debaixo da influencia de um estado irritativo permanente, póde contrahir-se espasmodicamente e dar em resultado um estreitamento acompanhado de graves perturbações funccionaes, e que exija os mesmos meios de tratamento que os apertos fibrosos. Sabeis todos que Boyer attribuia as dôres intoleraveis que experimentavão os doentes de fenda do anus á contractura espasmodica dos esphincteres, e quem tem tido occasião de observar doentes dessa ordem, e poude assim sentir quanto era ás vezes difficil ou impossivel introduzir no recto o dedo minimo ou uma delgada sonda, não terá, como eu, a menor duvida em admittir a classe dos estreitamentos espasmodicos do recto.

Quanto ás duas outras classes de estreitamentos, não ha cirurgião que tenha a respeito dellas a menor duvida. Si, entretanto, ninguem desconhece a existencia dos estreitamentos fibrosos e cancerosos, força é, porém, confessar que, a despeito de muitos trabalhos excellentes que tem apparecido principalmente de certa epocha para cá, ainda não se achão completamente elucidadas todas as questões attinentes á sua etiologia e pathogenia.

Não me faltará occasião de vos apresentar algum doente de estreitamento do recto em consequencia de alterações cancerosas das paredes do intestino, e, concentrando por ora a attenção sobre este doente, permitti que vos exponha certas particularidades que, não só aqui com em outros casos da mesma affecção, tereis de observar.

Pelo exame a que acabei de proceder em vossa presença reconheci que este individuo, como vos disse, offerece um estreitamento do recto, o qual se acha distante do anus 5 centimetros, mais ou menos. E' o ponto de predilecção das alterações fibrosas do recto; todavia ha cirurgiões que citão casos em que o estreitamento era mais profundamente situado ou distante 8 e 10 centimetros do anus. Debaixo do ponto de vista da therapeutica, não deveis nunca deixar de reconhecer a altura a que chega o estreitamento porquanto a escolha do meio cirurgico deve repousar sobre o mais exacto conhecimento do ponto em que a coarctação tem a séde. Neste doente só me foi possivel descobrir um estreitamento, e é o caso mais commum; alguns auctores, porém, referem casos em que forão encontrados dous estreitamentos collocados um acima do outro. Na urethra já são excepcionaes os estreitamento multiplos, mas no recto só rarissimamente podereis encontral-os. Na estructura da urethra, e nas condições que presidem á formação dos estreitamentos em um e outro canal, encontrareis a explicação do facto que acabei de trazer ao vosso conhecimento.

O aperto fibroso deste doente é circular, de modo que a alteração occupa toda a circumferencia do intestino, formando um annel resistente e elastico, em cujo centro ha um orificio por onde nem mesmo a phalange ungueal do dedo indicador póde passar; em outros casos o estreitamento é constituido por alteração de um só lado da parede do intestino, formando uma saliencia com a disposição de um crescente, ou então por bridas, ou cordas curtas e resistentes, que prendem uma á outra as

paredes do intestino ; e em casos mais raros, emfim, a alteração, em logar de ser limitada como aqui neste doente, em que a coarctação não parece ter mais de 1 1/2 centimetros de altura, ou 2 centimetros quando muito, ella se manifesta em toda a parede intestinal desde o anus até á profundidade de 4 e 5 centimetros. Toda a circumferencia da extremidade inferior do recto se acha transformada em um tecido fibroso, duro e resistente.

Ainda que a coarctação fibrosa da extremidade inferior do recto seja uma affecção desgraçadamente muito frequente, principalmente na classe baixa da sociedade e entre as mulheres, todavia bem poucos casos tereis de observar em que o estreitamento, como neste doente, seja complicado de fistulas do anus.

Sabeis que nos apertos organicos da urethra a existencia de fistulas ourinarias não é pouco frequente ; é ainda na differença de estructura e de funcção de um e outro canal que encontrareis a explicação da diversidade desse phenomeno ; mas, seja como fôr, o que resta saber é si as fistulas neste doente são completas, isto é, si, além da abertura externa, ha outra interna ou si são cegas internas. O exame a que procedi não deu-me esclarecimento algum a tal respeito. Introduzi nos orificios externos um estylete apropriado e não pude leval-o a uma profundidade maior de 3 a 4 centimetros.

Este facto não vos deve causar admiração, porquanto nem fiz grande esforço para ir mais longe, nem sempre é direito o trajecto fistuloso ; começando geralmente por um orificio interno, ou vindo das partes profundas para as mais superficiaes ou externas, depois de uma certa distancia se ramifica e vem se apresentar no exterior com dous e mais orificios constituindo as fistulas em regador. Não posso pois dizer-vos si as fistulas têm orificios internos, como é provavel, e ainda mais, si, no caso de tel-os, estes se abrem em um ponto inferior ou superior á coarctação. Quando se tem tido occasião de fazer autopsias em individuos que durante a vida soffrerão de estreitamentos da extremidade inferior do recto,

complicados de fistulas, observa-se que estas se abrem ora abaixo, ora acima da coartação. Em alguns casos encontrão-se acima desta algumas ulcerações que na opinião do professor Gosselin são sempre a expressão de um estreitamento dependente de causa syphilitica. Aqui, a parte do intestino collocada abaixo do estreitamento não me parece ser a séde de qualquer alteração, ou de diminuição do calibre: mas não é raro encontrarem-se casos em que a porção do recto abaixo da coarctação, principalmente quando esta data de longo tempo, se apresente mais apertada ou mais estreita, o que está em harmonia com o facto de que sempre que um canal deixa de funccionar o calibre abaixo do estreitamento tende a diminuir. Facto identico podeís observar por occasião dos apertos organicos da urethra, do esophago e de outros orgãos.

Uma disposição inversa se encontra no intestino acima do estreitamento; não consegui verifical-a aqui neste doente, mas é facto bem averiguado que a parte acima do aperto se apresenta mais ampla do que no estado normal, e póde tomar debaixo deste ponto de vista proporções consideraveis.

Na autopsia do grande Talma teve Breschet occasião de observar que o recto, acima do estreitamento, offerecia uma tão grande amplitude ou se achava por tal modo dilatado, que vinha formar uma aza que cahia para o lado; dando logar a uma obstrucção pela sua applicação contra as paredes do extremo inferior do intestino e acarretando todas as suas funestas consequencias.

Pelo doente que se acha debaixo de vossas vistas nenhum commemorativo foi fornecido, pelo qual se possa chegar com exactidão ao conhecimento da causa ou das causas sob cuja influencia se manifestou o estreitamento de que elle soffre.

Sabe-se que a etiologia das coarctações fibrosas da extremidade inferior do recto é um dos pontos da historia desta affecção, que não se acha bem esclarecido; todavia conhecemos muitas condições que podem determinar os estreitamentos do recto. Em regra

geral se póde dizer que uma rectite qualquer, produzida pela introducção de corpos estranhos, pela inoculação do virus blennorrhagico ou syphilitico, si o individuo entrega-se á pederastia, ou determinada por tumores hemorrhoidarios ou por polypos, póde ser causa ulterior de uma alteração fibrosa do intestino seguida de coarctação. O doente por sua parte nega que tivesse sido pederasta, e nem o anus offerece a disposição infundibuliforme propria dos individuos que costumão entregar-se ao horrendo vicio da pederastia. Não ha mamillo hemorrhoidario de especie alguma, nem em tempo algum existio polypo do recto.

O doente faz datar o estreitamento de época muito anterior aos cancros que elle teve na parte anterior da bainha do penis, e dos quaes o da parte anterior da raiz deste orgão ainda está por completar a cicatrização. Em todo caso não me parece que os cancros tenhão sido de natureza syphilitica; entretanto não teria o paciente tido algum cancro syphilitico do qual o estreitamento viesse a ser uma manifestação de natureza especifica? Raro é o medico entre nós que encontrando um doente com estreitamento do recto attribua esta affecção á outra causa que não seja a syphilis. Seja-me permittido protestar mais uma vez contra semelhante facilidade de diagnostico, a qual não exprime senão ignorancia dos phenomenos proprios do vicio syphilitico. Eu já vos disse que uma ulceração do recto, e principalmente um cancro venereo ou syphilitico desta parte do intestino póde produzir um estreitamento, mas, accrescento, a coarctação por si mesma não é uma manifestação syphilitica. O professor Gosselin, em seu excellente trabalho ácerca dos estreitamentos syphiliticos do recto, deixou este ponto bem elucidado, demonstrando cabalmente que a coarctação podia ser um phenomeno de vizinhança do accidente syphilitico, tal como o cancro, ou o condiloma, mas que não se constituia sob a influencia da diathese do mesmo genero, tanto que nunca desapparecia ou se modificava, como outros accidentes syphiliticos, mediante o tratamento especifico.

E' entretanto certo que Cullerier descreveu e considerou como accidente syphilitico terciario uma enterite ulcerosa caracterisada por diarrhéa, e que, cedendo ao iodureto de potassio, talvez tivesse como ponto de partida a producção anterior de tumores gomosos submucosos, resultando com o amollecimento desses tumores as ulcerações, cuja cicatrização acarretaria o aperto intestinal. Nenhum outro cirurgião, porém, teve a opportunidade de encontrar no recto esses tumores gomosos, e até ulterior observação não deveis nunca considerar ou enxergar em um estreitamento fibroso do recto a expressão de um accidente syphilitico, ainda que, repito, possa a coarctação resultar da cicatrização de um cancro ou condyloma desta natureza : será effeito do accidente, mas nunca uma de suas manifestações.

Anteriormente á coarctação do recto, o doente nunca soffreu de accidente venereo, nem apresenta hoje indicio de haver padecido qualquer affecção syphilitica ; si de tempos a tempos era accommettido de diarrhéa, não posso ver neste facto mais do que a expressão de uma irritação intestinal motivada pela accumulação de fezes e pela difficuldade em as expellir. E' muito commum nos estreitamentos do recto succeder á constipação de ventre, mais ou menos prolongada, diarrhéa ou dysenteria, como tem acontecido por vezes a este doente ; não vejo entretanto nisto a significação de enterite ulcerosa syphilitica de Cullerier, da qual tivesse resultado o estreitamento de que elle soffre. Não precisava entretanto que interviesse o vicio syphilitico para que a diarrhéa e a dysenteria, que constantemente o tem perseguido, fossem a manifestação de uma colite ou rectite, a qual trazendo nos primeiros tempos o amollecimento da mucosa e a ulceração em alguns pontos, e dando em resultado a proliferação do tecido conjunctivo sub-mucoso, terminasse pela formação do tecido fibroso que constitue o estreitamento.

E' por este modo que explico o apparecimento da coarctação no doente em questão, e, não havendo interesse debaixo do ponto

de vista therapeutico em prolongar esta discussão, devo dizer-vos que os estreitamentos do recto não são pouco frequentes quando, praticando-se a ablação dos mamillos hemorrhoidarios pelo esmagador de Chassaignac, abrange-se a mucosa que fica intermediaria aos tumores, ou é seccionada uma parte da pelle da margem do anus ; e que ao contrario do que acontece nos estreitamentos da urethra, são elles muito mais frequentes nas mulheres do que nos homens, porque a vida sedentaria daquellas e muitas outras causas as tornão mais sujeitas ás congestões dos orgãos contidos na bacia e ás inflammações do recto.

Seja, porém, como fôr, uma vez constituido o estreitamento fibroso do recto, suas consequencias são em ultima analyse bem deploraveis. Estas consequencias achão-se subordinadas ao gráo a que tiver chegado o estreitamento. Em regra geral, o tecido de que é este constituido, sendo formado de fibro-cellulas, goza de bastante retractilidade, de modo que junto á contracção da camada muscular que mais vezes se apresenta hypertrophiada do que atrophiada, faz com que a capacidade do intestino vá pouco a pouco diminuindo. As evacuações tornão-se de mais a mais difficeis ; esforços consideraveis são necessarios para a expulsão de algumas fezes, as quaes, sendo retidas em maior abundancia, constituem um elemento constante de irritação que se traduz por diarrhéa ou por dysenteria ; o doente enfraquece de dia a dia ; as digestões tornão-se laboriosas e difficeis , a nutrição se resente de tal modo que individuos que d'antes logravão saude, ficão magros, abatidos, reduzidos, póde-se dizer, a esqueletos ! O moral perturba-se, tornando-se impossivel a final qualquer trabalho physico ou intellectual. De um momento para outro a constipação de ventre chega ao ponto de produzir uma obstrucção intestinal, ou então, vencida esta, a inflammação que se tem desenvolvido póde propagar-se ao tecido conjunctivo iskio-rectal, e determinar a formação de um ou mais abscessos que se vêm apresentar na margem do anus, nas nadegas e até na região lombar,

convertendo-se, como observastes neste doente, em outros tantos trajectos fistulosos, pelos quaes escôa-se uma materia sero-purulenta que ainda mais concorre para enfraquecer e extenuar o paciente; podendo tambem acontecer que a inflammação, em vez de propagar-se á fossa iskio-rectal, se dirija á serosa abdominal, ou que, em virtude da dilatação extrema do intestino acima da coarctação, venha este a romper-se, dando passagem para a cavidade peritoneal á certa porção de fezes que provocão uma peritonite rapidamente mortal.

Já vedes, pois, meus senhores, que os estreitamentos mesmo fibrosos do recto constituem uma affecção muito séria e grave, para a qual devereis dirigir toda a vossa attenção, pondo-vos perfeitamente ao corrente de todos os meios de que a arte cirurgica dispõe para impedir as suas funestas consequencias.

Seria perder tempo se pretendesseis sujeitar vossos doentes de estreitamento fibroso do recto ao uzo de qualquer medicação interna. Ainda mesmo que a coarctação fosse o resultado da propagação de um accidente venereo ou syphilitico, ficae inteiramente convencidos de que nada alcançarieis com o tratamento especifico. E' aos meios cirurgicos que sem hesitação devereis recorrer. Estes meios podem ser dispostos em quatro classes, constituindo os methodos — da dilatação, da cauterisação, das incisões e da rectotomia linear. O methodo da dilatação abrange diversos processos, entre os quaes contão-se os processos de dilatação gradual e de dilatação brusca ou divulsão. A dilatação gradual póde ser praticada por meio dos dedos, de mechas de fio, de sondas de gomma elastica de calibre progressivamente maior, ou de instrumentos dilatadores especiaes. Em alguns casos deixa-se ficar o agente dilatante, como acontece com o processo da dilatação por meio de mechas de fios; mas, si houver intuito de conserval-o, será preciso empregar então uma sonda ôca com uma abertura inferior e outra superior, para facilitar a passagem das materias intestinaes.

Qualquer que seja, porém, o meio de que lanceis mão, é certo que difficilmente o doente poderá toleral-o ; desejos incessantes de expulsão se farão sentir, e o doente não descançará emquanto não fôr expellido ou retirado o corpo estranho. O tratamento pela dilatação gradual é longo, e o resultado definitivo é incerto ou sem vantagem ; podendo, entretanto, apezar da suavidade apparente que offerece, expôr os doentes á morte instantanea por peritonite, como Trelat, Chassaignac e Verneuil tiverão occasião de observar. Tratava-se com effeito de doentes affectados de estreitamento do recto ; e esses cirurgiões na occasião de examinal-os, tentando experimentar o gráo de dilatabilidade da coarctação, passárão, depois de algum esforço, o dedo indicador atravez do orificio rectal, e foi isto bastante para que em poucas horas se tivesse manifestado uma peritonite aguda que terminou pela morte dos doentes.

A dilatação brusca ou a divulsão exigirá menos tempo que a gradual, mas, além de expôr o doente ás mesmas consequencias desta, não offerece segurança alguma quanto ao resultado definitivo. No fim de algum tempo o estreitamento se apresentará de novo, e o doente estará sujeito aos mesmos accidentes e soffrimentos.

A cauterisação por meio do ferro em braza ou de substancias chimicas, como o nitrato de prata ou o chlorureto de zinco, a potassa etc., deve ser considerada como um methodo perigoso, ao qual nunca devereis recorrer, pois importará substituir um estreitamento por um outro mais extenso, mais profundo e mais rebelde. A electrolyse ou cauterisação dynamico-electrica não reune em seu favor observações authenticas para que lhe destinemos um logar de confiança entre os meios a oppôr aos estreitamentos do recto.

O methodo das incisões é o que tem reunido maior numero de sectarios, sendo quasi exclusivamente empregado por todos os cirurgiões emquanto não foi conhecida a rectotomia linear do professor Verneuil.

Este methodo consta de dous processos: consiste o primeiro em fazer-se uma incisão que comprehenda toda a altura e profundidade do estreitamento até ao tecido subjacente, devendo ser escolhido de preferencia a linha mediana posterior; o segundo consiste em praticarem-se incisões multiplas e pouco profundas sobre toda a circumferencia interna da coarctação. Com o primeiro processo, além do perigo que ha em abrir-se a cavidade peritoneal, tem-se de luctar com hemorrhagias tão abundantes ás vezes que podem seriamente comprometter a vida do doente, como aconteceu aqui ha tempos com um individuo da boa sociedade do Rio de Janeiro, que foi operado por Carron du Villars. O processo das incisões multiplas e superficiaes não deixa de expôr algumas vezes os doentes ás hemorrhagias, aos fleimões pelvianos e ás peritonites; e ainda que se tenha procedido de modo a não se declarar qualquer destes accidentes, é certo que faz-se preçisa a introducção diaria de mechas até á completa cicatrização das feridas resultantes das incisões, curativo este que é muito doloroso e difficilmente tolerado pelos doentes; e o que é peior, depois de tantos riscos, a cura é temporaria, pois no fim de certo tempo o estreitamento se manifesta de novo com o cortejo de phenomenos que lhe são peculiares. E' nestes casos que os doentes se mostrão verdadeiramente desanimados, pois reflectindo na insufficiencia de um meio aliás doloroso e cruel, ou perdem a coragem e afinal succumbem ao progresso da molestia, ou, si deliberão-se a soffrer outra operação, já não recorrem ao mesmo cirurgião!

Não erão com effeito seguros os meios de que a cirurgia dispunha para curar definitivamente os estreitamentos fibrosos do recto, quando em 1868 o professor Verneuil, que é certamente um dos mais distinctos representantes da cirurgia franceza moderna, concebeu a operação a que deu o nome de *rectotomia linear*. Consiste este processo em abrir na linha mediana posterior ou o mais perto possivel desta linha um caminho por fóra

ou parallelamente ao recto, e seccionar por meio da cadeia do esmagador a parede do intestino desde a margem do anus até acima do estreitamento.

Duas cousas podem succeder : ou a coartação existe só, como é o mais commum, ou apresenta-se complicada de fistulas do anus. Si não ha outra affecção além do estreitamento, o cirurgião para abrir o caminho exterior introduzirá o dedo até ao aperto intestinal, e lançando mão de um trocater ligeiramente curvo o mergulhará a poucos mellimetros da margem do ânus, e fazendo-o seguir uma direcção conveniente ou parallela á face externa do intestino, logo que a ponta tenha chegado acima da coarctação, a dirigirá por um movimento no sentido do eixo transverso do intestino que será assim perfurado de dentro para fóra. Retirado o dedo, um estilete armado de um fio será passado pela canula, sendo uma de suas pontas preza com uma pinça e retirada para fóra, emquanto que a outra, depois de retirados a canula e o estilete atravez do caminho artifical, servirá para ligar-se á extremidade da cadeia do esmagador, o qual percorrendo o caminho comprehenderá em seu centro todos os tecidos que tem de ser seccionados, para o que não será preciso mais do que pôr em movimento o respectivo instrumento pela forma conhecida. O essencial é que a secção seja feita lentamente, afim de evitar-se alguma hemorrhagia.

Si o estreitamento fôr complicado de fistulas, cumpre examinal-as todas, e si alguma tiver orificio que se abra acima do estreitamento, o cirurgião se servirá della para passar o fio e depois a cadeia do esmagador. Si não houver nenhuma que se abra acima da coarctação, dilatão-se as que communicão entre si, e, procurando-se a que se aproxima da linha mediana posterior, completa-se o seu trajecto até acima do estreitamento por meio do trocater ou de um estilete agulhado que leve logo na respectiva fenda, de que a ponta deverá estar munida, o fio que tem ulteriormente de conduzir a cadeia do esmagador.

Diversos cauterios actuaes deverão ser levados á temperatura branca e estar promptos, para serem applicados não só sobre a vasta superficie sangrenta resultante da rectotomia, afim de impedir-se qualquer hemorrhagia, como tambem para com elles serem destruidos os focos purulentos e os tecidos fungosos que resultarem das fistulas e dos descollamentos da pelle.

Tornando conhecido o seu methodo em uma excellente memoria apresentada á *Sociedade de cirurgia* e publicada na *Gazeta dos hospitaes* de 1872, o professor Verneuil cita muitas observações nas quaes esta operação foi sempre coroada de excellente resultado. Eu tive occasião de vel-o operar em 1871 um de seus doentes, e si bem que não tivesse sabido qual o resultado obtido, todavia não achei que a operação fosse acompanhada de difficuldades que só podessem ser vencidas pelos veteranos da cirurgia.

E' a este meio de tratamento que eu recorrerei para combater o estreitamento do nosso doente, e creio ser eu o primeiro que o terá de empregar aqui ; entretanto em logar de fazer a secção dos tecidos por meio do esmagador, servir-me-hei para isto do galvano caustico. Em logar da cadeia do esmagador passarei um fio de platina, o qual, encadecido pela machina de Milderdorpff, produzirá uma secção verdadeiramente linear, ao passo que cauterisará em toda a extensão as superficies que percorrer.

Resultado.—A operação foi praticada pelo processo indicado, e o doente sahio do hospital completamente curado, sem que nenhum accidente viesse perturbar o resultado obtido.

SEPTUAGESIMA SEGUNDA LIÇÃO

FISTULAS IDIOPATHICAS DO ANUS

SUMMARIO :—Estudo clinico das fistulas do anus, baseado na observação de diversos casos que estiverão em tratamento na enfermaria de clinica.—Especies de fistulas sobre as quaes se chama a attenção dos alumnos.—Divisão das fistulas em completas e incompletas, e estas em cegas externas e cegas internas.—Ha discordancia de opinião àcerca das fistulas cegas externas.—Opinião de Bell sobre a procedencia de todas as variedades de fistulas.—Em todos os doentes observados na clinica as fistulas erão completas.—Fistulas em regador.—Opiniões àcerca da pathogenia das fistulas do anus.—Altura em que se abrem as fistulas.—Meio de reconhecimento.—Exame directo.—Difficuldade do diagnostico.—O prognostico é simplesmente de uma affecção incommoda.—Falta de tendencia á cura espontanea.—Inutilidade dos meios internos.—Vantagens dos meios cirurgicos.—As injecções excitantes não dão resultado.—A cauterisação pode offerecer vantagens.—A compressão excentrica é de pouca efficacia e dolorosa.—A incisão é o methodo preferido quando feita pelo galvano-caustico, pelo cauterio de Pacquelin ou pelo esmagador de Chassaignac.—Vantagens do processo da incisão pelo cauterio de Pacquelin.

MEUS SENHORES,

Diversos doentes de fistulas do anus tendes tido occasião de observar durante este anno aqui na clinica; e ainda occupa o leito n. 30 e se acha em via de tratamento um dos doentes que soffrião dessa mesma affecção. Aproveitarei, pois, a occasião para chamar a vossa attenção sobre os pontos a que se liga mais importancia no estudo clinico das fistulas do anus.

Sabeis que essas fistulas podem depender de uma lesão dos ossos da bacia e dos orgãos genito-ourinarios, ou de uma suppuração profunda do tecido cellular da cavidade pelviana.

Mas não é por certo dessas especies de fistulas que pretendo occupar-me, mas daquellas que dependem de alteração accidental da parte inferior do intestino recto, e da inflammação suppurativa

e ulcerosa dos tecidos da margem do anus ; e forão desta especie todas que observastes n'este serviço. A communicação do recto com a margem do anus e regiões circumvizinhas póde se dar de varias maneiras. Sabeis que ha fistulas completas, isto é, com um orificio interno e outro externo ; e que ha outras com um só orificio externo (cegas externas) e outras com um orificio interno (cegas internas): ambas recebem o nome de fistulas incompletas.

Os pathologistas e cirurgiões admittem todos as fistulas completas, mas, quanto ás cegas externas, Sabattier, Larrey e outros não admittem, e accrescentão que, si o cirurgião não descobre o orificio interno é porque não tem procurado bem. Esta questão tem sido positivamente investigada por differentes observadores; e comprehende-se que póde-se dar um abscesso nas margens do anus sem que o intestino tenha sido compromettido ; e a mobilidade de que são dotadas estas partes faz com que o fóco purulento não cicatrize perfeitamente e se converta em uma fistula cega externa. O mesmo phenomeno se observa nas fistulas do prega da verilha, do braço e da região poplitéa ; nestas regiões encontrão-se trajectos com todos os caracteres dos trajectos fistulosos da margem do anus, quando estes não communicão com o intestino. As fistulas cegas internas são admittídas sem contestação por todos os pathologistas e praticos.

Benjamin Bell admittia ainda que todas as fistulas começavão por serem cegas internas, isto é, procedião do interior e só depois vinhão abrir-se na margem do anus.

Não ha muitos dias que sahio desta enfermaria, como estareis lembrados, um individuo que accusava dôres na margem do anus, onde apresentava-se então um tumor molle, fluctuante, de superficie lisa e mais ou menos rosacea, o qual foi logo dilatado e deu sahida a certa quantidade de pús. Ora si este individuo não se submettesse a um tratamento conveniente, era possivel que esse abscesso se tornasse fistuloso.

As fistulas dos doentes que têm estado na enfermaria erão todas completas. Quando ellas são desta cathegoria e têm persistido por muito tempo, nota-se que apresentão diversos orificios externos, como mesmo se deu nesses tres doentes. O doente que ainda se acha em tratamento apresentava a fistula crivada de seis orificios externos; tres na margem direita e tres na esquerda do anus.

Quando existem muitas aberturas no exterior coincidindo com uma só abertura interna, a fistula é chamada *em regador*. Geralmente é unico o orificio interno, porém, algumas vezes existe mais de um orificio: devo dizer-vos que eu não tenho tido occasião de observar fistulas em que haja mais de um orificio interno. Entretanto algumas preparações depositadas nos muséos cirurgicos de Londres mostrão que até podem haver fistulas que tenhão um só orificio externo com muitos internos.

Nem todos os pathologistas estão de accôrdo sobre a pathogenia das fistulas. Uns, como os inglezes, acreditão que ellas dependem de um trabalho ulcerativo do recto; outros julgão que a fistula tem por origem um trabalho inflammatorio do tecido cellular da fossa ischio-rectal. Parece-me que em muitos casos o seu ponto de partida é uma inflammação ulcerosa do recto, pois que as fistulas são mais communs nos individuos de temperamento lymphatico e de constituição fraca, nos que têm soffrido de uma gastro-enterite e tambem nos que têm sido victimas de uma irritação do intestino recto. Ora, nestes casos sabe-se que a inflammação chronica produz ulcerações na mucosa e dá em resultado a inflammação do tecido cellular da fossa ischio-rectal, cuja terminação por suppuração póde ser seguida de uma fistula. Mas n'outros casos a inflammação desenvolvida nas margens do anus póde tambem dar logar a um abscesso que pelo mesmo mecanismo se transforme em um trajecto fistuloso. O conhecimento destas circumstancias é de grande importancia, porque não só póde-se neste ultimo caso prevenir a manifestação de qualquer trajecto fistuloso, como conseguir muitas vezes desde o principio combater a molestia

primitiva antes de passar pelas transformações que devem dar em resultado a formação do trajecto accidental.

Seja como fôr, é de maxima vantagem para o cirurgião conhecer sempre o ponto em que a fistula se abre no intestino. Boyer e Roux sustentavão que o orificio interno das fistulas era encontrado na distancia de uma pollegada acima do sphincter externo, e que, si na occasião da exploração encontrava-se a ponta do estilete profundamente situada, era porque havia-se descollado a mucosa. Serres dizia que algumas vezes o trajecto fistuloso abria-se profundamente no intestino. Velpeau encontrou casos em que a abertura se dava a tres pollegadas acima da abertura do anus. Mas, se o cirurgião proceder com bastante attenção e não impellir o estilete muito profundamente, elle poderá observar que, no maior numero de casos, a abertura vai ter pouco acima do sphincter externo. Na operação das fistulas o cirurgião deve estar de sobreaviso, porque a inflammação póde-se propagar ao tecido cellular da bacia e trazer abscessos da fossa iliaca, da excavação pelviana etc.

Não ha muito tempo, que ajudei ao Dr. Lins de Vasconcellos em uma operação de fistula do anus, que abria-se profundamente no intestino. Alguns dias depois da operação fui chamado e observei que o individuo operado fôra accommettido de uma lymphatite e adenite na fossa iliaca interna que o pôz ás portas do tumulo; entretanto, pelos cuidados daquelle excellente cirurgião, o doente restabeleceu-se.

Não existe, meus senhores, difficuldade no reconhecimento das fistulas do anus; as cegas externas e as completas se manifestão por um orificio donde pela pressão se faz exsudar um liquido sero-purulento.

Algumas vezes este orificio é tão pequeno que se póde occultar em uma prega da pelle; então o doente toma o corrimento que mancha as roupas por um fluxo hemorrhoidario. Si o cirurgião não attender bem á essa circumstancia, póde um outro que

examinar o doente cuidadosamente descobrir o orificio fistuloso, e dahi resultará o descredito do primeiro, a cujos cuidados o doente havia se entregado. Nas mulheres, sobretudo, é difficil o reconhecimento do orificio fistuloso, porque elle vai se abrir muitas vezes entre a commissura posterior da valvula e a furcula.

Outras vezes, porém, o orificio fistuloso se apresenta cercado de fungosidades mais ou menos consideraveis, não havendo por isso difficuldade em reconhecel-o, pois que, servindo-nos de um estilete, veremos si o trajecto communica ou não com o interior do intestino. Quando a fistula é completa, o cirurgião leva um estilete pelo orificio externo, que em alguns casos está nas proximidades da margem esquerda do anus, e o interno na parede opposta do recto; outras vezes, porém, este orificio póde ir ter á parte posterior ou anterior do intestino. Isto é importante reconhecer-se para o tratamento.

Alguns têm julgado que se póde estabelecer o diagnostico das fistulas completas todas as vezes que o individuo accusa sahida de gazes através do orificio externo com cheiro das materias fecaes, porém sabeis que as secreções da fistula podem offerecer o cheiro de taes materias, sem haver communicação com o intestino.

O diagnostico estabelece-se melhor pelo exame directo; por elle o cirurgião reconhece si uma fistula se acha em communicação com o recto, e para isso deve collocar o doente sobre o decubito lateral direito quando a fistula fôr do lado direito, e esquerdo quando do lado esquerdo. O membro abdominal correspondente deve ficar em extensão e o opposto em flexão. Feito isto, o cirurgião introduz um estilete flexivel no orificio externo da fistula e com o dedo, untado de um corpo gorduroso, procura percorrer a parte interna accessivel do recto, para descobrir algum ponto saliente que lhe indique a abertura interna do canal accidental. Si se der a penetração do estilete, o cirurgião diagnosticará a especie de fistula. Quando o cirurgião não encontrar por este meio

o orificio interno, elle usará de outros, como seja e injecção de certos liquidos, taes como a tintura de tournesol, o leite, etc.

Nas fistulas cegas internas o diagnostico não é tão facil. Algumas vezes pelo dedo mesmo se poderá reconhecer o orificio interno e por este meio a pressão determinará a sahida de liquidos. Mas tambem praticamente não ha grande vantagem nisso, pois o nosso dever é dilatar o trajecto e, feito isto, podemos depois reconhecer a especie de fistula.

A presença do pús nas fezes indica que a fistula é cega interna; mas o pús póde tambem ser devido a um abscesso da margem do anus que se tenha aberto espontaneamente no intestino; o nosso dever é explorar esse abscesso.

Em algumas circumstancias observareis nas proximidades do anus um pequeno orificio donde transuda pela pressão um liquido sero-purulento; é necessario então saber si este orificio termina no recto, ou si vai ter á outra parte vizinha do orgão. O canal onde poderia ir ter o orificio que observastes no exterior seria a urethra ou a bexiga, estabelecendo-se um trajecto fistuloso que viria abrir-se nas proximidades do anus, mas podereis estabelecer o diagnostico differencial já pelo exame directo, já pela applicação de outros meios: assim na fistula urethral o doente accusará em primeiro logar difficuldade na emissão das ourinas e em outras circumstancias vos dirá que gotteja por aquelle pequeno orificio alguma quantidade de liquido, e, ao mesmo tempo, o doente exhala um cheiro ourinoso dependente da passagem constante de ourina, que é expellida nesses casos. Além disso procedereis á exploração da parte introduzindo no anus o dedo indicador e passando pelo trajecto fistuloso um estilete ou uma tenta-canula, com a qual podereis então verificar si este orificio vai ter ao interior do recto ou si toma a direcção dos orgãos ourinarios, ficando então estabelecido o diagnostico respectivo.

As fistulas do anus constituem uma affecção que raras vezes poderá produzir a morte, mas ellas têm os caracteres das feridas

suppuradas e são nimiamente incommodas. Geralmente a affecção entregue a si mesma não tem tendencia á cura espontanea; em algumas circumstancias, quando a fistula é muito superficial e produzida apenas por um accidente traumatico, poderá o trajecto fistuloso fechar-se; em outras a fistula se fecha por algum tempo para depois se abrir de novo, mas os incommodos que resultão do escoamento constante de materias intestinaes liquidas, a dor, a possibilidade da formação de novos abscessos, etc. exigem que apressemos a cicatrização desse mesmo trajecto.

Não ha absolutamente meio geral algum que possa determinar a cura das fistulas do anus; é aos meios locaes que o cirurgião deve recorrer para a cura definitiva dessa affecção. Os meios empregados são constitituidos por injecções, cauterisações e compressão das paredes do trajecto fistuloso, ou consistem em operações, que são a incisão e a excisão.

Alguns cirurgiões têm lançado mão da tintura de iodo diluida para determinar a cicatrisação das fistulas do anus; o resultado, porém, não tem correspondido á confiança que se tem depositado nesse meio. Entretanto, quando a fistula fôr cega externa, isto é, quando não tiver abertura para o interior do anus, póde-se lançar mão desse meio, e eu já obtive a cicatrisação de uma fistula cega externa apenas lançando mão da injecção da tintura de iodo pura ou debaixo da fórma normal.

A cauterisação do trajecto fistuloso já pelo electro-caustico, já pelo chlorureto de zinco póde apresentar algumas vantagens; mas a frouxidão dos tecidos que rodeião o anus nem sempre permitte a cicatrização, nem é esse um meio que seja menos doloroso e que determine a cura com mais rapidez do que outros de que dispomos.

Alguns cirugiões têm aconselhado a compressão excentrica do trajecto fistuloso; este meio já foi aconselhado desde o seculo passado por um cirurgião, cujo nome não me recorda agora, e, nestes ultimos tempos tem sido posto em pratica por differentes processos.

Alguns querem, afim de aproximar as bordas da fistula, que se introduza um corpo em fórma de tampão na parte inferior do intestino produzindo a compressão de dentro para fóra. Outros, em vez do tampão, têm lançado mão de outros meios. Assim um cirurgião imaginou uma canula, como a da tracheotomia, isto é, que apresentava uma bainha interna e outra externa. A bainha ou a porção interna era lisa, semelhante ao embolo ou conductor do especulum, ao passo que a bainha externa tinha a fórma mesmo do especulum. O cirurgião introduz este instrumento no recto, e pela canula faz uma injecção para dissolver as materias intestinaes e facilitar as evacuações. Outros se têm servido, para exercer a compressão, de uma rolha de metal de calibre proporcional, que deve então ser retirada todas as vezes que o doente tiver de expellir as materias fecaes. E' á incisão ou á operação da rectotomia que deveis recorrer todas as vezes, que tiverdes em vista a cura da fistula anal. A incisão póde ser feita por meio do bisturi, da ligadura, do galvano caustico, do cauterio de Pacquelin ou do esmagador de Chassaignac.

Quando a fistula não é muito profunda e não se abre muito acima do sphincter externo o cirurgião poderá empregar a incisão por meio do bisturi. Para fazer a incisão o cirurgião não precisa mais do que de um bisturi, de uma tenta-canula e do seu dedo indicador; e então, collocando o doente em decubito lateral direito ou esquerdo, conforme fôr a fistula da margem direita ou esquerda do anus, elle levará uma tenta-canula pelo interior do trajecto fistuloso até ao orificio interno, e, introduzindo o dedo indicador esquerdo pelo recto até ao ponto em que encontrar a extremidade da tenta-canula, procurará exercer um movimento de alavanca afim de que a extremidade da tenta-canula atravesse o anus e venha apresentar-se no exterior: feito isto, elle lança mão do bisturi, e corta toda a porção de tecidos que vai do orificio externo ao interno. Já vistes n'um caso em que pela profundidade da fistula a incisão tornou-se nimiamente obliqua, e favoreceu

por este modo a formação de uma especie de valvula, que impedia a sahida das materias estercoraes, ser necessario fazer a incisão bem parallela ao trajecto fistuloso e não obliqua, porque neste caso demorar-se-hia consideravelmente o tratamento.

No caso em que a fistula se abra profundamente e o cirurgião seja obrigado a operar o doente pelo bisturi, e não se torne possivel retirar a extremidade rectal da tenta-canula para o exterior, elle poderá guiar a incisão do intestino por um instrumento imaginado por Pott e que se chama *gorgerêto*. Este instrumento, como sabeis, tem a grossura do dedo indicador e apresenta um sulco em uma de suas faces. Depois que se tem levado este instrumento até ao ponto correspondente ao orificio interno da fistula onde se acha a tenta-canula, o cirurgição o entrega a um ajudante e dirige o bisturi pelo rego da tenta-canula cortando toda a porção de tecidos que se acha adiante do instrumento.

O methodo da incisão pelo bisturi, em semelhantes casos, expõe a hemorrhagias abundantes e graves, e exige um tratamento consecutivo por meio da introducção diaria de mechas, o qual é excessivamente moroso e incommodo aos doentes. Só por meio do emprego diario das mechas é que podereis impedir que se dê uma cicatrisação viciosa, e essa applicação exige de vossa parte os maiores cuidados ; por todas essas rasões não vos aconselho a incisão por meio de bisturi.

Os mesmos inconvenientes devem resultar da incisão por meio da ligadura, com a circumstancia de que as dores devem ser maiores e durar até que a ligadura tenha cahido ; e quando não o sejão, nem por isto se deixarãõ de applicar os mesmos cuidados no tratamento consecutivo que se tem com a incisão por meio do bisturi.

Em todo o caso prefiro á ligadura simples o esmagamento pelo processo de Chassaignac, e vistes que em dous casos o resultado foi favoravel.

Para se praticar a operação pelo esmagador não ha difficuldade : depois de ter atravessado ou mergulhado um estilete pela fistula, o cirurgião traz a ponta d'aquelle para o exterior prendendo na outra ponta a respectiva cadeia do esmagador que assim é passada pelo trajecto fistuloso. Em seguida retira-se o estilete e adaptão-se as duas extremidades da cadeia ás hastes do mesmo esmagador para dar-se começo á operação. Esta por ser sempre muito dolorosa exige o emprego dos anesthesicos.

Quando ha mais de um trajecto fistuloso, póde-se fazer o esmagamento de um apoz outro, ou então de todos ao mesmo tempo, e para isto applicão-se dous ou mais esmagadores que funccionão ao mesmo tempo.

O tratamento pelo processo de Chassaignac offerece sem duvida grandes vantagens sobre os processos de que vos tenho fallado ; mas elle não impede em absoluto a manifestação de hemorrhagias, e exige que a cicatrisação seja convenientemente dirigida sob pena de se formarem trajectos fistulosos tanto mais facilmente quanto muitas vezes os tecidos vizinhos se achão endurecidos e pouco aptos para uma reparação salutar.

A' vista d'isso eu dou preferencia, como tendes visto no maior numero de casos, á incisão pelo cauterio de Pacquelin ou pelo galvano-caustico, meios estes que, além da rapidez de acção, imprimem modificações salutares e não exigem o emprego diario de mechas.

Encandecida a faca do cauterio de Pacquelin ou do apparelho de Mildderdorpf, incisa-se ou divide-se a porção de tecidos comprehendida na tenta-canula pelo mesmo modo que se faz a incisão por meio do bisturi ordinario, e termina-se a operação pela cauterisação de todo ou de todos os trajectos fistulosos.

Não ha necessidade de curativos consecutivos, e é apenas conveniente inspeccionar o modo pelo que se está realisando a cicatrisação das partes divididas.

Nem sempre tereis á disposição a machina galvano-caustica; mas por meio do thermo-cauterio de Pacquelin que é um apparelho que nenhum cirurgião póde actualmente dispensar, estareis em condições de operar com segurança e vantagens manifestas os doentes de fistulas da ordem das que me tenho occupado n'esta conferencia.

Conto que haveis de alcançar em vossos doentes as mesmas vantagens que tenho, como sois testemunhas, obtido nos doentes que têm estado n'esta enfermaria.

SEPTUAGESIMA TERCEIRA LIÇÃO

DIAGNOSTICO DAS HERNIAS INGUINO-ESCROTAES ESTRANGULADAS

SUMMARIO:— Tumor inguino-escrotal irreductivel. — Historia do doente — Phenomenos apresentados por este.— Diagnostico da affecção.— Rasões pelas quaes foi estabelecido o diagnostico de uma hernia irreductivel. —Causas que tornão as hernias irreductiveis. — Diagnostico da irreductibilidade por adherencias.— Divisão das hernias adherentes em duas especies.— Meios indicados para o diagnostico das duas especies de irreductibilidade herniaria por adherencias.—Irreductibilidade por esgasgamento.— O que se entende por hernia engasgada. — Idéas que tem reinado na sciencia a este respeito desde Hippocrates até 1840.— E' inadmissivel a irreductibilidade por engasgamento.— Causas a que se póde attribuir a irreductibilidade temporaria de certas hernias — Opiniões sustentadas a este respeito por Malgaigne, O'Beirn, Gosselin e Broca. — Casos observados na clinica contrarios á idéa de estrangulamento passageiro, como admitte o professor Gosselin.— A peritonite herniaria tambem não explica a irreductibilidade de certas hernias.— A theoria do professor Roser dá a explicação verdadeira do phenomeno em questão.— A irreductibilidade da hernia observada no doente não dependia senão de estrangulamento.— O que se entende por hernia estrangulada será um dos assumptos de nova conferencia.

MEUS SENHORES,

Os tumores subcutaneos e irreductiveis constituidos pela passagem dos intestinos através do canal inguinal têm suscitado entre os cirurgiões tantas discussões importantes e sido objecto de tantos trabalhos admiraveis nos tempos modernos, que desejo servir-me do caso que actualmente se acha debaixo de vossa observação para mostrar-vos o estado da sciencia em relação ao estudo das hernias inguino-escrotaes irreductiveis, e indicar-vos os pontos controversos e que especialmente devem merecer a vossa attenção.

O caso, que tem de suscitar-me differentes considerações, é relativo a um individuo de 25 annos de edade, de côr preta, de

constituição regular, o qual entrou para a enfermaria de clinica no dia 16 de Julho e foi occupar o leito n. 8.

Na visita feita pela manhã do dia 17, em que o encontrei pela primeira vez, referio-me elle que, ha doze annos pouco mais ou menos, tinha uma hernia no lado direito da virilha— hernia que sahia com facilidade e era pelo mesmo modo reduzida e mantida por uma funda ; porém que no dia 14 de Julho, isto é, dous dias antes de entrar para o hospital, sem ter feito uso de substancias indigestas e em demazia, achando-se de pé e sem funda e começando a tossir, sentira a hernia ou quebradura descer rapidamente sem que podesse mais reduzil-a : immediatamente depois começou a sentir dôres na virilha correspondente, e á noite desse mesmo dia sobrevierão-lhe vomitos. Sendo pela manhã do dia 15 chamado um medico, este fizera sem proveito manobras de reducção, e receitára-lhe um remedio, que o doente não sabe especificar, para ser administrado ás colheres, mandando applicar 18 sanguesugas á raiz do tumor, e fomentar o ventre com pomada de belladona. Passou todo o dia no uso dessa medicação, e ainda com vomitos cada vez mais frequentes, sem que o medico que o vira pela manhã podesse á noite reduzir a hernia por maiores esforços que para isto empregasse.

O aspecto desse doente ao entrar para o hospital era de quem se achava sob a influencia de profundos soffrimentos: estava em decubito dorsal, com a face retrahida e anciosa, com a pelle coberta de suores frios e abundantes e com a temperatura do corpo abaixo da normal; o pulso era pequeno, concentrado e frequente ; a sêde moderada ; a lingua vermelha nas bordas e saburrosa no centro ; o ventre, tenso e tympanico, era sensivel á pressão em toda a sua extensão, não tendo havido evacuacões pelo recto desde o dia em que ficára doente.

Dirigindo a attenção para a affecção que o havia levado a recolher-se a este hospital, observei o seguinte: na região inguino-escrotal do lado direito havia um tumor periforme, com o volume

mais ou menos igual ao de um ovo de ganço ou pouco maior, elastico, irreductivel, nimiamente tenso e sensivel á pressão, sobretudo no ponto correspondente ao canal inguinal, em cujos limites terminava superiormente. A pelle que o cobria não apresentava mudança alguma na côr nem em sua consistencia, e a percussão alli exercida dava som manifestamente obscuro.

Este tumor era dividido na parte inferior e posterior por uma outra porção do escrôto, onde interïormente encontrava-se um corpo arredondado constituido pelo testiculo; mas pela apalpação não se podia descobrir o cordão espermatico.

Além dos phenomenos geraes que ha pouco indiquei e que poderião ser apreciados por qualquer d'entre vós que se approximasse do leito do doente, havia um que é preciso mencionar; os vomitos, que esse individuo accusava, tinhão sido a principio, como confessára, constituidos por materias liquidas, depois esverdinhadas, e finalmente por materias que tinhão, no dizer do doente, o gosto e cheiro das materias fecaes: não observei comtudo a natureza dos vomitos, por isso que já não existião ao pé do doente as materias que este tinha vomitado. Mas não deveis esquecer-vos desta particularidade, por isso que tem importancia extraordinaria para o procedimento do cirurgião, visto como está hoje fóra de duvida que em casos de hernia os vomitos fecaloides indicão estrangulamento, e a intervenção cirurgica, tão necessaria em taes condições, não põe o doente ao abrigo de accidentes graves.

Mas continuemos com as nossas considerações. Qual seria a affecção desse doente, ou antes que molestias o cirurgião encontraria em semelhante região, sobre as quaes teria de exercer seus conhecimentos para estabelecer o diagnostico differencial? Este diagnostico, meus senhores, tem de ser em geral estabelecido, segundo minha opinião e exame, sob quatro pontos de vista:— o do tumor, o de sua natureza, o de sua especie, e o das condições em que se achão as partes que o constituem. Em relação

ao tumor propriamente dito, tem-se de estabelecer o diagnostico differencial entre o hydrocele, o hematocele, a orchite e a hernia. Como se reconhecerá cada um desses tumores? Já fallei longamente sobre o hydrocele, e indiquei os caracteres que o differencião das hernias; mas não é inutil repetir aqui o meio de destinguil-o desta especie de tumores, o qual consiste em que o hydrocele é uma affecção que se desenvolve lentamente e fórma um tumor, que dá pela percussão som obscuro e pela apalpação certa vibração, sobre o que muito insisti quando tratei dos caracteres differenciaes do hydrocele; além disso esse tumor é, como já disse, perfeitamente transparente quando se interpõe entre elle e a mão do operador uma luz, e não offerece a menor sensibilidade senão em um ponto limitado, correspondente aos testiculos, orgãos que com difficuldade são encontrados no hydrocele.

Ainda que não tivesse submettido o doente a esse exame da luz, só pelos caracteres que o tumor apresentava não podia existir a menor duvida sobre o diagnostico; e, si lembro essas particularidades agora, é porque na verdade podereis encontrar casos em que o vosso espirito muito vacille entra o hydrocele e uma pequena hernia. Ha uma outra affecção, que tambem póde dar logar a algumas duvidas em relação ao diagnostico, tal é o hematocele; mas este, como o hydrocele, tem uma formação lenta, é inteiramente opaco, dá um som obscuro pela percussão, e tem variações de volume; não apresenta porém grande sensibilidade, e forma tumor muito mais pesado do que aquelle.

Não se poderia pelas mesmas razões confundir o tumor em questão com a orchite, muito menos existindo bem presente em vosso espirito o conhecimento de que a orchite fórma um tumor limitado ao testiculo, sensivel, de consistencia muito notavel, inteiramente opaco, não apresenta fluctuação alguma, offerece som obscuro á percussão, tem a superficie um pouco desigual e vem sempre acompanhado de phenomenos precursores, taes

como embaraço gastrico, calafrios, e reacção febril mais ou menos intensa.

Eu vos direi que ha importancia em conhecerem-se estes caracteres, por isso que, meus senhores, no caso em que os testiculos não tenhão descido no tempo conveniente para o escrôto, a sua persistencia no canal inguinal póde dar logar a erros de diagnostico dos mais graves que se conhecem. Já uma criança se apresentou no meu consultorio com um tumor desta ordem na virilha, acompanhado de vomitos, reacção febril e sensibilidade no ventre, e, si não tivesse o cuidado de examinar-lhe o escrôto, por certo teria estabelecido o diagnostico de uma hernia inguinal sem a menor difficuldade; e não seria para admirar, porquanto cirurgiões de grande nome já têm levado o bisturi sobre esses tumores na supposição de que tratavão de uma hernia.

Os kystos do canal inguinal ou do cordão testicular ou um tumor gorduroso podem confundir-se com uma hernia estrangulada, tanto mais facilmente quanto for o individuo accommettido de colicas intestinaes, de constipação rebelde e apresentar sensibilidade do ventre, etc.

Como os destinguiremos? O diagnostico é algumas vezes cheio de difficuldades; mas notareis nos casos figurados que o *tumor é indolente*, preexiste á manifestação dos accidentes e estes não adquirem o gráo de intensidade das hernias estranguladas.

Não devia pois haver duvida de que o doente estava com uma hernia. Seria esta inguino-escrotal ou inguino-intersticial? Por que viscera seria constituida? Pelo intestino, pelo epiploon ou por uma e outra cousa? Em melhor linguagem: tratar-se-hia de epiplocele ou de entero-epiplocele? Qual era emfim a causa da irreductibilidade?

São questões estas de summa importancia, por isso que o procedimento do cirurgião tem de variar em cada um desses casos.

As hernias tirão a sua denominação da região onde ellas se apresentão, e tivestes ultimamente occasião de observar uma

hernia inguino-intersticial esquerda (fig. 83) cujas disposições anatomicas servirão para fazer-vos distinguir esse genero de hernia d'aquelle em que a protusão visceral deve ter o nome de hernia inguino-escrotal. Notareis com effeito na hernia intersticial que o tumor occupa a parte correspondente ao canal inguinal, e no caso que observamos com vosco recentemente, havia ectopia do testiculo esquerdo. Este orgão se achava atrophiado

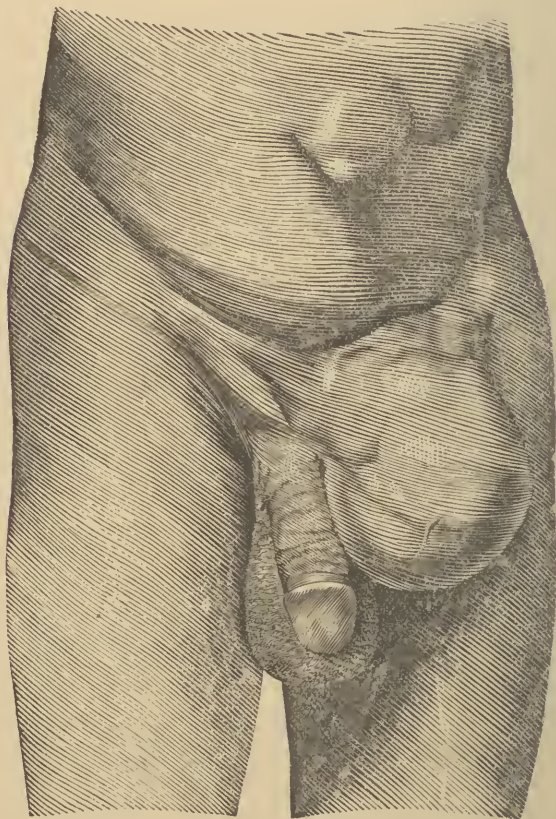



Fig. 83. — Ectopia do testiculo esquerdo. Hernia inguino-intersticial reductivel do mesmo lado.

e situado com a hernia na parte superior do canal inguinal esquerdo, de modo que quando o tumor era reduzido, ficava um pequeno corpo irreductivel, elastico e sensivel á pressão. Só no lado direito do escrôto é que se encontrava testiculo em estado normal.

No doente de hernia irreductivel, sobre o qual tenho chamado a vossa attenção, as disposições do tumor, a sua direcção, a sua situação, parte na região escrôtal e parte no canal inguinal por onde se prolongava até desapparecer no ventre, não deixavão duvida que se tratava de uma hernia inguino-escrotal.

Os phenomenos objectivos e subjectivos me levárão a admittir que se tratava de um enterocele e quando muito de um entero-epiplocele. E' verdade que o tumor dava um som obscuro á percussão, quando no enterocele o som é claro; mas ha circumstancias que modificão o caracter d'esse signal, e se encontrão com effeito hernias constituidas por uma aza intestinal, seguidas de effusão sanguinolenta no sacco, e nas quaes se accumulão no intestino poucos gazes; nestas circumstancias não se percebe um som claro.

Seja porém como fôr, o que convem agora saber é a causa a que se devia attribuir a irreductibilidade da hernia.

Sabeis que ha hernias irreductiveis por adherencias, por esgasgamento e por estrangulamento.

Em relação a irreductibilidade por adherencias convém separar as hernias em duas especies. Na primeira se achão aquellas em que o individuo não apresenta symptoma algum ácerca do qual seja chamada a attenção do cirurgião. E' um doente ou enfermo que se vos apresenta com um grande tumor inguino-escrotal, sonoro á percussão, que em parte póde ser reduzido, e no qual, quando se tentão alguns esforços para a reducção, percebe-se certo gargarejo, de modo a indicar que ha communicação dos intestinos herniados com os do interior do ventre. Só o que soffrem os individuos affectados de uma hernia desta ordem é

alguma tracção dolorosa no ventre ou no tumor, quando se achão de pé. Geralmente não offerecem phenomeno algum importante.

Em outras condições porém, um individuo, tendo deixado a hernia por muito tempo não contida, soffre uma ligeira irritação ou inflammação que traz por fim adherencias entre as partes herniadas, e, si no momento em que as adherencias se achão estabelecidas, os intestinos são acommettidos de inflammação mais forte ou intensa, pódem d'ahi resultar symptomas que embaracem consideravelmente o cirurgião. O tumor torna-se mais tenso e sensivel á pressão; a dôr se espalha por todo o ventre, e o individuo é acommettido de nauseas, e finalmente de vomitos. Eis pois o exemplo de um caso que é possivel apresentar-se á observação, e que merece toda a consideração, porque póde sér trazido á discussão no momento em que se tem de distinguir esse estado de um mais grave, que exige por isto muitas vezes a applicação de meios muito arriscados. Em geral, quando se dão estes casos, a hernia não é muito consideravel, isto é, trata-se de uma hernia de volume mediano, o que embaraça mais o cirurgião, por isso que é sómente nas pequenas e nas hernias medianas que se observa mais vezes o estrangulamento; porquanto o cirurgião fica em duvida, si ha com effeito estrangulamento, ou si pelo contrario trata-se de uma hernia irreductivel por adherencias, e por phenomenos inflammatorios que nella se declarárão. Como então poderemos nós distinguil-as?

O professor Gosselin indica dous meios com os quaes julga poder chegar-se ao diagnostico. De uma parte deve-se procurar nos commemorativos a solução da questão, e de outra parte nos meios therapeuticos que se devem empregar em semelhantes condições. Estes dous meios resolvem peremptoriamente a questão.

E' preciso, antes de tudo, indagar do individuo minuciosamente, e por perguntas variadas, si elle tem a hernia de longa data e si esta achava-se, até ao momento do apparecimento do accidente, contida ou não, ou si a irreductibilidade, manifestou-se

com os accidentes que o individuo apresenta. Quando o cirurgião tem a certeza de que a hernia não era contida ha muito tempo, elle então tem desde logo um elemento para dizer que provavelmente os phenomenos são dependentes de inflammação desenvolvida em uma hernia adherente ; mas acontece que alguns individuos se achão em taes condições ou são dotados de tão curta intelligencia, que não podem fornecer ao cirurgião esclarecimento algum a esse respeito, e encontrareis, para comprovar esta asserção, na obra do professor Gosselin, a observação de uma mulher que entrou para o hospital com uma hernia inguinal irreductivel, e que se apresentava com muitos dos phenomenos apontados, mas que não pôde fornecer esclarecimento algum bem positivo, por isso que se achava embriagada. Em alguns casos o individuo pode ainda dizer que a hernia se achava perfeitamente contida, porem os intestinos, si a hernia era, por exemplo entero-epiploica, sahião por detrás da massa epiploica, vencião a resistencia de uma funda mal applicada, e adquirindo adherencias passavão assim desapercebidos do mesmo doente. Deste modo pois os dados fornecidos pelos commemorativos, ainda que sejão uteis, não vos podem levar á certeza.

Temos de procurar os elementos do diagnostico em certas manobras e em alguns meios therapeuticos.

O cirurgião deve collocar o doente na posição que descreverei para a taxis, e por meio de algumas manobras dirigidas convenientemente procurará ver si alcança a reducção dos intestinos. Em regra geral ha sempre nas hernias irreductiveis por adherencias, e que se apresentão inflammadas, uma pequena porção de intestino que póde ser reduzida, mas outras vezes o cirurgião fica em duvida ácerca dessa reducção. D'ahi um novo problema a resolver, e vêde já quão difficil, importante e digna de attenção é essa parte da clinica.

Si os phenomenos não apresentão caracter assustador ; si apenas o doente apresenta nauseas, e depois vomitos, e estes não

são constituidos por materias fecaloides ou fecaes, então não ha necessidade de intervir, e o cirurgião deve mesmo abster-se de lançar mão dos meios que são aconselhados para os casos de verdadeiro estrangulamento : elle deve mandar cobrir o tumor com cataplasmas emollientes, e applicar sanguesugas á raiz ou pediculo da hernia, administrar um banho morno prolongado, e consecutivamente um purgante de oleo de ricino, ou de calomelanos combinados com a jalapa, conforme aconselha o professor Gosselin ; não é indifferente qualquer destes purgativos, pois que encontrareis muitas vezes em vossa pratica casos em que os herniados em semelhantes condições não podem supportar certas bebidas e com facilidade recebem outras ; portanto, ainda mesmo que o doente não tolere a principio os meios purgativos, é preciso insistir de novo em sua applicação. A observação tem deixado bem patente que em alguns casos, comquanto a hernia não se ache senão inflammada, e não se dê interrupção mecanica na passagem das materias fecaes, os intestinos todavia podem ficar por tal fórma inertes que appareça uma constipação rebelde aos meios mais judiciosos. Deste modo pois, si no fim da applicação do primeiro purgante o doente não tiver evacuado, ou a constipação persistir tenazmente, e si os accidentes não forem graves, é preciso de novo administrar outro purgante, e si com este apparecerem, no fim de algumas horas, as evacuações alvinas ou fecaes, fica o diagnostico estabelecido : não se trata mais de um embaraço permanente das materias fecaes, e então estabelece-se que, apezar da irreductibilidade da hernia , esta dependia unicamente de adherencias.

Não deveis entretanto confundir as evacuações fecaes produzidas pelas materias contidas na parte inferior do intestino com a expulsão das materias collocadas acima. No primeiro caso os accidentes continuão sem allivio e no segundo cessão no fim de pouco tempo.

Algumas vezes as adherencias são tão molles e pouco resistentes que se desfazem, e são os intestinos facilmente reduzidos ;

outras porém são tão solidas e resistentes que não ha meio que faça com que estes sejão reduzidos. Gosselin nega que as adherencias intestinaes tornem-se solidas quando a hernia é simplesmente um enterocele ; mas já observei um caso em que os intestinos se achavão adherentes solidamente á superficie interna do sacco, e Arnaud e Scarpa apresentárão casos identicos que não deixão a menor duvida. Acha-se pois resolvido este primeiro problema, e, como não se encontrasse no doente em questão nenhum dos caracteres ou symptomas que se pudessem referir ás hernias irreductiveis por adherencias, tratei de eliminal-as do diagnostico.

O doente aqui referio-me não só que a sua hernia permanecia contida, como tambem que começára unicamente a sentir os accidentes no momento em que espontaneamente mostrou-se no escroto; e encontrei alguma cousa mais além dos phenomenos que se costumão observar nas hernias irreductiveis por adherencias, taes forão os vomitos constituidos por materias fecaloides, o resfriamento das extremidades, a fraqueza e frequencia do pulso, a retracção da face, a sensibilidade e tensão do ventre e do tumor inguino-escrotal.

Seria pelo contrario uma hernia engasgada? Eis ahi uma outra questão de grande importancia e que tem sido causa de muitos erros e falsas supposições.

A irreductibilidade das hernias em geral, e em particular das hernias inguino-escrotaes, póde ser devida ou depender do engasgamento? Existe, por outras palavras, hernia engasgada, ou engasgamento herniario ?

Convém dizer-vos, antes de tudo, o que se deve entender por hernia engasgada. Tem-se dado esta denominação á irreductibilidade herniaria dependente de accumulação de fezes na aza intestinal que se tem herniado.

Quando antigamente não se podia reduzir uma hernia, dizia-se que esta achava-se engasgada, e então attribuia-se a

impossibilidade de reduzil-a á certa porção de materias fecaes que alli se achava contida.

Se consultardes todos os auctores desde o tempo de Hippocrates até 1840, não achareis nenhum, com rara excepção, que não indique que a irreductibilidade das hernias dependia de accumulação de materias fecaes.

A historia da cirurgia, como diz Malgaigne, não só tem a vantagem de marcar os progressos scientificos, e o que existe de real, de modo a indicar o que convém fazer d'ahi em diante, senão tambem demonstrar muitas vezes que algumas theorias e doutrinas têm sido formuladas sobre bases frageis e hypotheticas.

Diversas doutrinas têm sido estabelecidas na sciencia, tomado corpo, atravessado seculos, sem que ellas tenhão muitas vezes origem real, ou firmada na observação e experiencia.

Mui pouca cousa nos deixou Hippocrates em relação ás hernias, e mesmo qnando havia uma hernia, e que esta não podia ser reduzida, não era sob a denominação propria que se fazia a descripção, mas sim sob o nome de *ileus* ou *volvulos*. Quando pois rapidamente Hippocrates fallou deste objecto indicou, como causa de todos os accidentes que se manifestavão, a accumulação de materias fecaes. Praxagoras, seu discipulo e successor, tambem descreveu as hernias debaixo da denominação de — *ileus* e deu como causa de sua irreductibilidade a accumulação dessas mesmas materias.

Cœlius, Archigenes, Galeno, Paulo d'Egine, todos fallárão das hernias, e attribuirão os accidentes á accumulação de materias fecaes.

E' sobretudo em Praxagoras que se encontra a primeira doutrina do engasgamento, e, ainda que não se servisse deste termo, elle a indicou positivamente sob a denominação de encarceramento, e applicava a doutrina á todas as hernias, ao passo que Cœlius limitou apenas os phenomenos de encarceramento ás hernias do cæcum.

Celso tratou do mesmo objecto e descreveu não só o encarceramento das hernias ou a irreductibilidade dependente de accumulação de materiaes fecaes, senão tambem introduziu nesta doutrina a inflammação como um elemento manifestado com a protusão dos intestinos.

Desde então o engasgamento e a inflammação forão reunidos por diversos auctores e sobretudo por Archigenes e Leonidas.

Dos Arabes, Arabistas e seus successores, como Guy de Chauliac, poucas noções forão apresentadas a respeito. Como os outros seus predecessores, admittião a mesma causa como a que dava origem a todos os phenomenos de certas hernias.

Em toda a idade média ou até ao seculo XV, isto é, em mais de 15 seculos, nenhuma idéa, nenhum facto controverso foi apresentado a respeito da doutrina da irreductibilidade das hernias por causa de accumulação de materias fecaes!

Era doutrina admittida cégamente que a hernia não podia ser reduzida por causa da accumulação de materias fecaes, e não admira que naquelle tempo acontecesse isto, quando ainda entre nós se observa a mesma cousa!

Barthelemy Montagnana, nesse mesmo seculo, a unica cousa que accrescentou foi que, quando o individuo não se curava espontaneamente, tornava-se preciso applicar ventosas nas extremidades, ligaduras, escarificações e unções sobre o tumor. Quando a affecção resistia a estes meios, devia-se temer a putrefacção das materias fecaes, e a morte do individuo. Mas não ha em tudo isto o que admirar, pois que as necropsias e o estudo da anatomia ainda não tinhão entrado na concepção humana.

No seculo XVI surgio então Pedro Franco, celebre cirurgião francez, que pela primeira vez praticou a operação do desafogamento herniario, e examinando as partes contidas no sacco, não encontrou senão gazes; mas apezar disto continuou a dizer que a irreductibilidade podia ser devida ao encarceramento das materias fecaes. Accrescentou comtudo mais um elemento dizendo

que aquella podia ser produzida por gazes, creando com isto o engasgamento gazoso! Ao menos Franco não foi servil apregoador das doutrinas antigas; o que viu declarou sem perda de tempo. Mas desgraçadamente continuou ainda a admittir a outra especie de engasgamento.

Ambrosio Paréo seguio em tudo os passos de Franco, e nenhum resultado novo apresentou em suas investigações a respeito das hernias.

Em seguida appareceu Rousset; mas, tendo sempre em vista o engasgamento por materias fecaes, esse auctor foi o mais criminoso de todos, porque tendo encontrado em alguns casos os intestinos vasios, continuou a asseverar que as hernias podião tornar-se irreductiveis pela accumulação de materias fecaes!

Se todos esses auctores fazião a operação, era unicamente para alargar o orificio do peritoneo; não conhecião ainda a sua dispoposição em relação ao canal inguinal!

Pigray, que viveu no tempo de Paréo, tambem admittia como causa da irreductibilidade a retenção e accumulação de materias intestinaes e de gazes, mas accrescentou que ella podia depender da torsão dos intestinos, o mesmo que já havia sido indicado pelos antigos quando descrevião o *ileus* e a colica de *miserere mei Dei*; portanto não houve idéa nova na exposição de Pigray.

Passárão-se mais 200 annos; estava-se no seculo XVII, e não observavão-se a tal respeito senão erros, contradicções e doutrinas estabelecidas sem se firmarem absolutamente na observação, unica base solida e segura na descripção dos phenomenos morbidos.

Couillard, que foi o primeiro a indicar a irreductibilidade herniaria pelo nome de engasgamento, tinha para si que era tão acertada esta doutrina que apresentou meios pelos quaes se podia estabelecer o diagnostico entre o engasgamento por materias intestinaes solidas, e o que era devido aos gazes.

Nesse mesmo seculo porém preparou-sé uma revolução com as obras de Descartes que, como sabeis, elevava a razão acima de todas as faculdades do homem, e mandava desprezar a auctoridade.

As investigações que desde logo se seguirão, e que trouxerão o descobrimento dos vasos lymphaticos e da circulação, preparàrão uma nova época, em virtude do que todos os cirurgiões poderão tambem estudar o que havia a respeito das hernias, e, antes de tudo, fazer taboa rasa das idéas antigas.

Não admittem, como Rousset, Franco, e Pigray, a ruptura do peritoneo, e tratão de estudar por si os pontos por onde passão os intestinos.

Galeno havia indicado que o grande obliquo terminava perto do pubis por um tendão fendido, por onde sahia do ventre o cordão testicular; mas nada tinha dito a respeito do canal inguinal, quando Fallopio descreveu e designou a abertura do tendão do grande obliquo de baixo do nome de annel externo.

Riolano então nas suas investigações sobre as hernias tratou com mais cuidado de estudar os pontos por onde passavão os intestinos, e observou que, sendo as paredes do ventre compostas de tres camadas musculares, devia haver em cada uma um orificio, de modo que elle indicou tres orificios no trajecto inguinal, dizendo que era possivel ao passarem por esses orificios que os intestinos podessem ser estrangulados. Não foi essa a primeira vez que se fallou do estrangulamento. Mas desde então os cirurgiões travárão-se de razão para estabelecerem qual o orificio que podia determinar o estrangulamento.

Emquanto Riolano dizia que o estrangulamento era no annel interno, Dionysio e Saviard affirmavão que este tinha logar no orificio externo. O estrangulamento foi admittido nas hernias, mas o engasgamento não perdeu o direito de domicilio.

Littre no fim do seculo XVII fallou da accumulação de materias fecaes, da inflammação das partes herniadas e dos anneis

como causa do estrangulamento. Ficou um pouco de lado a doutrina do engasgamento, e Mery nas *Memorias da Academia de Medicina* de 1701 dizia que os intestinos inflammados davão a explicação do estrangulamento pelos anneis, de modo que não erão mais estes que, como queria Riolano, ião interceptar o curso das materias, mas sim os intestinos que, augmentando de volume, ião por este modo ficar apertados, em consequencia do pouco espaço que lhes era offerecido.

Blegny em 1798 e anteriormente Le blanc em 1742 ainda indicárão em França a mesma causa de irreductibilidade das hernias.

Na Allemanha Mouchard dava a accumulação das materias fecaes como uma das sete causas do engasgamento intestinal.

Entretanto Verduc em 1794 não fallou mais do engasgamento e Sharp na Inglaterra admirou-se de que se fallasse na accumulação de materias fecaes, quando em geral as hernias erão constituidas pelos intestinos delgados!

A sciencia, pois, vacillava a tal respeito, e não tinha base solida em que se apoiasse, quando a *Academia de cirurgia* de Paris, na primeira metade do seculo XVIII, encarregou a Goursaud do estudo dessa questão.

Anteriormente porém muitas outras questões forão agitadas, das quaes me occuparei quando fallar do estrangulamento propriamente dito.

Foi por causa de tantas opiniões agitadas em sentidos oppostos que a Academia quiz ter uma idéa precisa do estado das cousas.

Apresentando a sua memoria em 1768, Goursaud estabeleceu que o estrangulamento podia ser produzido pelos anneis abdominaes, e ter por causa a accumulação das fezes e a inflammação do conteudo herniario. Elle estabeleceu tudo isto por um modo tão dogmatico e certo, que, si um cirurgião não procurasse estudar com muito cuidado a memoria de Goursaud, ficaria inteiramente convencido de que havia engasgamento herniario. E' porém mesmo nas observações de Goursaud que descobrireis, em relação

á primeira causa, que não havia uma só hernia na qual as materias fecaes podessem produzir a sua irreductibilidade.

Mas, por uma dessas aberrações do espirito humano, a doutrina foi aceita, e tornou-se tão classica que Boyer no seu tratado das molestias cirurgicas, verdadeiro evangelho dos cirurgiões, deu ainda como cauza do estrangulamento ou irreductibilidade das hernias a accumulação das materias fecaes, attribuindo o estrangulamento á inflammação ou ao engasgamento.

Em vão Brasdor procurou demonstrar á Academia de medicina de Paris que o engasgamento não era senão uma abstracção, sem base e fundamento, o engasgamento continuou a ser indicado em todos os tratados de cirurgia, e até demonstrado por O'Beirn que de novo trouxe á discussão o engasgamento produzido por gazes, facto que como sabeis fôra indicado por Franco.

Achava-se a questão resolvida, aceita e admittida, quando Malgaigne em 1840 trouxe-a de novo para a téla da dicussão, e demonstrou que o engasgamento por materias fecaes era uma concepção sem base alguma.

Mil reclamações apparecerão: accusárão-no de haver destruido, sem apresentar cousa alguma que substituisse a doutrina antiga. Dezoito mezes depois elle então apresentou uma outra memoria, em que procurou demonstrar que não existião materias fecaes quando as hernias erão irreductiveis, ainda que estas fossem constituidas pelos grossos intestinos. Nas hernias não contidas as materias fecaes podião accumular-se com facilidade, mas nas numerosas investigações de Malgaigne não houve um só caso de hernia que pela accumulação de materias fecaes, tivesse sido irreductivel.

Mas a que são devidos entretanto os phenomenos attribuidos ao engasgamento? Para Malgaigne simplesmente á inflammação, e não ha outra causa de que dependa a irreductibilidade, quando as hernias são excessivamente volumosas, deixão de ser contidas constantemente, e não apresentão a serie de phenomenos proprios ao estrangulamento.

Entre muitas observações elle cita uma sua e outra de Nourse, nas quaes se praticou a herniotomia para se combaterem os phenomenos que outr'ora erão proprios das hernias engasgadas, e na autopsia observou-se que a hernia era constituida unicamente pelo epiploon.

Vêde pois que uma parte das visceras onde não existem materias fecaes deu em resultado os mesmos phenomenos que para outros erão devidos ao encarceramento dessas materias.

Mas, em ultima palavra, existe ou não hernia irreductivel dependente do engasgamento, ou do embaraço trazido pela accumulação de materias fecaes? E póde este embaraço ser causa de accidentes graves?

O professor Gosselin, em suas lições ácerca das hernias, concorda absolutamente com Malgaigne, e é de parecer que a accumulação das materias fecaes não produz a irreductibilidade e os accidentes do estrangulamento, e elle para isso se funda nos factos de Richter e Goursaud, nos quaes os anneis herniarios se achavão nimiamente largos. Mas o professor Gosselin admitte que a accumulação de gazes possa distender os intestinos e ser por este modo causa do estrangulamento; assim como já havia sido indicado por O'Beirn de Dublin.

Broca, professor em Paris, em sua these de concurso, diz que nem a accumulação de materias fecaes, e nem a de gazes podem produzir os accidentes proprios a esse estado, por isso que não se concebe que gazes e materias fecaes produzão estrangulamentos, quando a aza intestinal communica livremente com as que se achão no ventre. Logo que o annel se acha amplo, e dá com facilidade passagem ao intestino, não se póde admittir accumulação de materias fecaes.

Não ha duvida que estas materias podem accumular-se nas azas intestinaes herniadas, como se prova por cinco observações que existem na sciencia e como se nota independentemente das hernias. Sabeis perfeitamente que em muitas condições, quando

o individuo é acommettido de constipação intestinal, as materias podem ficar duras, accumular-se, e produzir accidentes iguaes aos que se manifestão nos casos de hernia irreductivel ; mas estes phenomenos são dependentes de peritonite herniaria, quer nestes casos, quer quando se encontrão materias liquidas e gazosas.

No meio de tanta divergencia de opiniões, o que posso accrescentar?

A minha experiencia é limitada, mas nos casos que tenho operado e visto operar, nunca notei a irreductibilidade dependente pura e simplesmente, quer de gazes quer de materias fecaes.

Tenho assistido á operação de hernias irreductiveis acompanhadas de alguns accidentes funccionaes, nas quaes antes do desafogamento podia-se introduzir o dedo entre as azas intestinaes e o collo do sacco até ao annel interno ; a impossibilidade de reducção não dependia nesses casos nem da accumulação de materias fecaes, nem de gazes : só se notava rubor vinoso muito intenso na aza herniada. Deste modo parece-me em alguns casos bem admissivel a opinião sustentada pelo professor Roser e que eu tambem admitto, como vereis quando fallar da inflammação.

No estado actual da sciencia é inadmissivel a irreductibilidade por engasgamento, mas apezar disto ainda vereis muitas vezes escripta nas papeletas deste hospital—hernia engasgada !

Não podia á vista destas considerações admittir que a irreductibilidade da hernia do nosso doente podesse ser devida ao engasgamento, e pois desde logo eliminei este elemento do diagnostico.

Mas si pelas razões que acabei de vos apresentar não se tratava de uma hernia engasgada, é tambem certo, como tendes observado em muitos casos, que ha hernias que determinão phenomenos muito semelhantes ao d'esse doente, e que não se achão estranguladas, pois que espontaneamente ou sob a influencia da taxis moderada se reduzem.

Já vos indiquei os meios pelos quaes podereis estabelecer a distincção entre essas duas especies de hernias irreductiveis, e o

que seria com effeito importante, sob o ponto de vista pathogenico, era conhecer a causa da irreductibilidade e dos phenomenos que se manifestão.

Malgaigne tentou explicar todos esses factos pela peritonite herniaria.

Broca aceitou as idéas de Malgaigne, mas o professor Gosselin em suas lições sobre as *hernias abdominaes* não admitte positivamente a inflammação herniaria, fundando-se para isso na impossibilidade que encontra em conceber como a aza intestinal, por maior que seja a inflammação, possa tornar-se irreductivel, desde que não existe um embaraço no collo do sacco. O que para Malgaigne depende da inflammação, não é para Gosselin senão um estrangulamento passageiro.

Estudemos porém este objecto debaixo do ponto de vista da clinica, e vejamos qual desses dous cirurgiões é o que tem razão a seu favor. Observareis innumeras vezes individuos com hernias reductiveis, ou que são contidas com facilidade. Depois de alguma indigestão, ou de pancadas dirigidas sobre o tumor herniario, quando os intestinos não estavão contidos, apparece augmento de sensibilidade na região inguino-escrotal, e o individuo faz tentativas de reducção, mas não alcança resultado algum. E' depois do emprego de banhos prolongados e de manobras convenientes que elle alcança a reducção.

Neste caso, diz o professor Gosselin, a causa da irreductibilidade póde depender da inflammação.

Ha porém outros casos em que os doentes de hernias volumosas ou medianas incompletamente ou mal contidas, por maiores que sejão os esforços empregados, não alcanção a reducção do tumor herniario, assim como não póde fazêl-a o cirurgião, por mais exercitado que seja nos meios a empregar em semelhantes condições.

Entretanto sob a influencia de banhos, sanguesugas e clysteres de fumo, as hernias no fim de algumas horas podem ser reduzidas.

Em apoio destes casos ou factos, Malgaigne apresenta muitas observações de individuos com enterocele ou epiplocele, ou entero-epiplocele, nos quaes só foi alcançada a reducção da hernia no fim de muitas horas.

Gosselin diz que, neste ultimo caso, isto é, quando os esforços dos cirurgiões não têm dado em resultado a reducção prompta das hernias, não existe inflammação, mas sim o estrangulamento, que póde ser mais ou menos intenso devido à retração do collo do sacco, de que logo fallarei.

Mas como é que podereis clinicamente explicar a irreductibilidade momentanea das hernias?

Os que dentre vós acompanhárão a clinica no anno passado estarão lembrados que, em um dos ultimos leitos desta enfermaria, havia um individuo que apresentou-se com uma pequena hernia inguino-escrotal acompanhada de sensibilidade e abaulamento do ventre, e de alguns vomitos constituidos por materias mucosas e biliosas.

Tentada a reducção por mim, e provavelmente por alguns medicos do hospital, cousa alguma foi conseguida. Mandou-se fazer applicação de algumas sanguesugas ao pediculo da hernia, e de cataplasmas emollientes, administrar um clyster de fumo, e internamente um purgante de oleo de ricino: no dia seguinte pela manhã a hernia reduzio-se espontaneamente.

Fui chamado ha annos pelo Sr. Dr. Brandão para ver o seu porteiro, que não conseguira reduzir uma hernia mediana quasi sempre contida, e que, quando sahia, não offerecia obstaculos à reducção. A hernia era do lado direito e de volume mediano. Alguns purgantes e banhos já havião sido administrados, sem que estes provocassem evacuações fecaes, e ajudassem a reducção já tentada pelo doente com pertinacia.

Quando o vi, elle tinha sahido de um banho, onde se demorou perto de uma hora, e, julgando a occasição propicia, tentei a taxis durante vinte minutos ou meia hora, e nada consegui.

No dia seguinte pela manhã, elle foi consultar o Dr. Catta Preta, e este tentou a taxis, e não alcançou melhor resultado.

Não havia nenhum accidente grave, além de alguma sensibilidade no tumor e no ventre, e de algumas nauseas e vomitos, não constituidos por materias fecaes.

Nesse estado ainda passou o doente dous dias sem ter a hernia reduzida ; no fim, porém, desse tempo esta entrou, e os accidentes cessárão logo.

Não havia duvida de que a hernia era constituida por uma aza intestinal, ou então por um entero-epiplocele, pois que obtinha-se som claro quando se fazia a percussão do tumor.

Não se podia admittir que a irreductibilidade dependesse de adherencias, por que a hernia até então não havia offerecido difficuldades à reducção, e tinha sido sempre contida.

Como explicaremos pois estes factos ? Como Gosselin daria a explicação da irreductibilidade da hernia em semelhantes condições ? Pelo estrangulamento ? Mas, como vereis, este é constituido ou determinado por um annel fibroso e resistente, que, pela retractibilidade de que é dotado, em logar de ceder, devia, pelo contrario, trazer maior constricção intestinal. E comprehendeis que esse annel fibroso possa ampliar-se no fim de certo tempo sem esforço algum directo ?

Nos seus *Elementos de pathologia cirurgica especial,* que ha pouco tempo forão publicados em francez, o professor W. Roser, da universidade de Marbourg, tratando das hernias inguino-escrôtaes, attribue em alguns casos a irreductibilidade por tempo mais ou menos longo a pregas valvulares proeminentes, formadas no interior do canal intestinal, em consequencia do conchegamento ou reflexão sobre si mesma da parte do intestino que tem atravessado o annel inguinal ou o collo do sacco, sem que se dê a constricção da aza herniada. Essas pregas valvulares isolão o conteúdo intestinal de uma e outra parte tanto mais quanto maior fôr a pressão exercida sobre a parte convexa

ou aza herniada, e podem concorrer para o estrangulamento propriamente dito ; entretanto, como a formação das pregas valvulares não traz desde logo o embaraço da circulação intestinal, a hernia póde ser irreductivel por horas e dias, até que nos movimentos peristalticos as pregas valvulares possão ser destruidas ou desfeitas, e estabelecer-se por este modo a communicação da hernia com o resto do intestino.

Creio que por esse meio tem-se a explicação verdadeira dos factos que por uns têm sido attribuidos individamente ao engasgamento e à inflammação, e que pelo professor Gosselin são considerados como dependentes de um estrangulamento moderado.

Em todo o caso não se tratava no doente em questão senão de uma hernia estrangulada.

E o que se entende por hernia estrangulada ?

E' o que vos direi na proxima conferencia, em que vos indicarei a natureza dos meios de que lancei mão para tratar o meu doente.

SEPTUAGESIMA QUARTA LIÇÃO

PATHOG. DAS HERNIAS INGUINO-ESCROTAES ESTRANGULADAS

SUMMARIO:—Definição de hernia estrangulada.—Modalidades dos phenomenos do estrangulamento.—Caso observado na clinica.—Phenomenos que fazem saber si uma hernia se acha ou não estrangulada.—Elementos para esse diagnostico.—Phenomenos objectivos e subjectivos.—Valor da dôr, da alteração dos traços physionomicos, do vomito e do pulso.—Caso observado na clinica.—Mecanismo da formação das hernias e agentes do estrangulamento.—Explicação apresentada pelos professores Broca e Gosselin ácerca do mecanismo do estrangulamento.—Muitos factos escapão á essa explicação.—Formação e constituição do sacco herniario.—O collo do sacco é o principal agente do estrangulamento.—Idéas reinantes ácerca da questão desde os tempos antigos até 1840.—Objecções apresentadas por Malgaigne sobre a impossibilidade do estrangulamento pelos annois aponevroticos.—Discussão entre Velpeau, Laugier e Sedillot.—Acção exercida pelo collo do sacco sobre as visceras.—Explicação do mecanismo do estrangulamento nas hernias em que o sacco não tem collo.—A theoria dos espasmos dos musculos abdominaes é inadmissivel.—Estrangulamentos que não são devidos ao collo do sacco.—Conclusões a tirar dos factos discutidos.—Phenomenos anatomo-pathologicos que se passão nas hernias estranguladas.—Explicação dos phenomenos observados.—Differenças que se encontrão nas diversas variedades de hernias.—Marcha e terminação das hernias estranguladas.—Mecanismo da formação do anus anormal e de sua cura espontanea.—Prognostico das hernias estranguladas.—As indicações therapeuticas formão o assumpto da conferencia seguinte.

MEUS SENHORES,

Na ultima conferencia deixei estabelecido que o doente do leito n. 8 tinha uma hernia inguino-escrotal intestinal estrangulada.

Diz-se que uma hernia intestinal ou entero-epiploica se acha estrangulada quando a impossibilidade de reducção é acompanhada de embaraço da circulação sanguinea e das materias intestinaes.

Nesse doente podestes observar muitos dos caracteres de uma hernia intestinal ou entero-epiploica em semelhantes condições.

Ha entretanto modalidades diversas na manifestação dos phenomenos ligados ao estrangulamento herniario, e assim este ora apresenta um caracter excessivamente agudo, e em pouco tempo os accidentes se precipitão e adquirem uma gravidade excepcional, ora elle se declara e determina symptomas graves e assustadores no fim de tres ou quatro dias.

Não deveis esquecer sob o ponto de vista do prognostico e das indicações therapeuticas essas particularidades clinicas, que são sempre de uma importancia consideravel.

Não me esquecerei nunca de um doente que em Setembro deste anno entrou para esta enfermaria com uma pequena hernia inguino-escrotal do lado direito, em que os phenomenos do estrangulamento se traduzião apenas pela irreductibilidade do tumor e por uma dôr aguda que partia da região inguinal e se irradiava pelo ventre. Não havia vomitos de materias fecaloides, nem tympanismo do ventre ou qualquer indicio de peritonite. O phenomeno mais notavel e que impressionava nesse doente era uma inquietação extraordinaria ; mas attribuindo tudo isto á impressionabilidade do doente, ainda quiz ver si pelos meios locaes ou si pela taxis poderia alcançar a reducção da hernia. Os phenomenos se precipitárão por tal modo que no fim de dez horas o doente falleceu de uma peritonite aguda.

Seja como fôr, é de toda a vantagem reconhecer si uma hernia que se apresenta irreductivel se acha ou não estrangulada.

Nos phenomenos objectivos e subjectivos, principalmente nestes ultimos, devereis procurar os elementos necessarios para a resolução dessa importantissima questão.

Em regra geral as hernias irreductiveis por estrangulamento são pequenas, tensas, muito sensiveis á pressão, principalmente na parte estreitada chamada *collo* ou *pediculo*. A' estes signaes, se reunem algumas vezes certas modificações para o lado da pelle que cobre o tumor. Assim se ella deixar a impressão dos dedos quando se exerce a apalpação, tereis mais um elemento que

reunido aos outros vos servirá de aviso para ao menos vos fazer reconhecer que o embaraço da circulação intestinal ou entero-epiploica é grande e se estende aos tegumentos.

Outras vezes a hernia é de volume notavel, e, como no primeiro caso, são os phenomenos subjectivos ou as perturbações funccionaes que vos serviráõ de base do diagnostico.

Essas perturbações são caracterisadas pela dôr, pelas alterações dos traços physionomicos, pelos vomitos e pelo pulso.

Na hernia estrangulada a dôr é aguda e se irradia do collo da hernia para o ventre; mas este phenomeno não é igual em todos os individuos para que se possa dar a elle o valor que têm os vomitos e a angustia precordial no diagnostico do estrangulamento herniario. Estes dous symptomas, meus senhores, representão para mim os elementos mais importantes no conhecimento de uma hernia estrangulada.

Em quanto os individuos de hernia irreductivel não se apresentão com angustia precordial e principalmente com *vomitos constituidos por materias fecaloides, o diagnostico do estrangulamento não póde ser estabelecido por um modo positivo*, e a irreductibilidade póde desapparecer de um momento para outro sob a influencia da taxis e de um tratamento apropriado. Si entretanto a manifestação e verificação de vomitos constituidos por materias fecaloides dão os elementos de um diagnostico positivo, não se segue que o estrangulamento se declare logo por este signal. Os vomitos são a principio constituidos por porções de materias alimentares que se achavão no estomago e depois por materias mucosas, e biliosas. Só depois de algumas horas ou de um a dous dias é que se manifestão os vomitos constituidos por materias —não fecaes, como se diz algumas vezes— mas por materias fecaloides. Si a principio podia haver duvida ácerca do estrangulamento, esta cessará desde que os vomitos forem de semelhante natureza.

E' então que a alteração dos traços physionomicos e o estado de pequenhez e de frequencia do pulso viráõ acentuar ainda mais os phenomenos do estrangulamento e indicar a necessidade que tem o cirurgião de destruir sem perda de tempo a constricção em que se acha o intestino.

Não estareis, por certo, esquecidos de um individuo chamado Manoel Alves Martins, de 60 annos de idade, branco, solteiro, portuguez, que entrou para esta enfermaria no dia 13 de Abril de 1877 com uma hernia inguino-escrotal estrangulada do lado direito. Esse individuo referio que, no dia 10 daquelle mez das sete para as oito horas da manhã, sob a influencia de um esforço que fizera, a hernia de que soffria havia seis annos e que era então facilmente reduzida, não podera sel-o desta ultima vez, apezar dos esforços que para isso empregara e dos meios que então forão usados.

Seja com fôr, trazido para o hospital na occasião em que eu passava a visita na enfermaria, eis os phenomenos que poderão ser reconhecidos: o doente apresentava na região inguino-escrotal um tumor igual ao volume de um ovo de gallinha, tenso, elastico irreductivel e nimiamente sensivel á pressão. A pelle correspondente ao tumor se achava rubra, e crivada de cisuras de sanguesugas que alli tinhão sido applicadas. Pela percussão se percebia alguma sonoridade na parte anterior do tumor.

Os traços physionomicos do doente se achavão profundamente alterados; as palpebras cahidas, os olhos embaciados e enterrados nas orbitas; a pelle se apresentava fria e coberta de suores viscosos; a temperatura chegava apenas a 36 gráos e 3 decimos; o pulso pequeno e concentrado batia 120 vezes por minuto. Apparecerão vomitos logo depois da sahida da hernia, e, no dizer do doente, elles nunca cessárão e tinhão uma cor escura e o fedor das materias estercoraes. Este caracter não poude ser verificado. A lingua se achava saburrosa, e dividida por uma fita vermelha estendida desde a base até á ponta. Havia sêde intensa e completa

anorexia. O ventre estava ligeiramente tympanico e era sensivel em toda a extensão da região hypogastrica.

Não tive duvida a vista destes symptomas funccionaes, em admittir que se tratava de uma hernia inguino-escrotal intestinal estrangulada, e sem perda de tempo pratiquei a operação da herniotomia, abstendo-me então, em virtude do abatimento e prostração em que se achava o doente, de administrar-lhe o chloroformio ou outro qualquer meio anesthesico.

A operação foi feita em 10 minutos. Tratava-se com effeito de uma hernia estrangulada intestinal, e o intestino já apresentava uma côr de bringella, com alguns pontos escuros semelhantes a manchas ecchymoticas.

Empreguei o curativo de Lister, e apezar da gravidade do caso os symptomas cederão, e o doente sahio restabelecido no dia 24 de Maio.

Por que mecanismo, meus senhores, as hernias se estrangulão e quaes são os agentes do estrangulamento ?

Sabeis que as hernias não se estrangulão desde o instante em que apparecem, a menos que se trate de uma hernia funicular. A hernia vai-se constituindo pouco a pouco levando sempre adiante de si a folha peritoneal correspondente á abertura das paredes abdominaes, de modo a dar em resultado um verdadeiro sacco, onde a parte herniada se accommoda quando se apresenta no exterior, e que fica vazio quando esta é reduzida. Esse sacco offerece assim uma parte mais larga e outra mais estreita, á primeira das quaes dá-se o nome de *corpo* e á segunda o de *collo do sacco*. Quando a hernia, o que é de grande importancia, se conserva por muito tempo no exterior, ou poucas vezes é reduzida e contida, os anneis dilatão-se pouco a pouco e com elles a porção do sacco que fórma o collo, de maneira que no fim de certo tempo a hernia não apresenta collo algum. Observa-se isto quando a hernia é volumosa. O individuo apresenta-se com a ponta da hernia, esta atravessa o canal inguinal, sahe pelo annel

externo, penetra no escrôto, levando sempre adiante de si a folha peritoneal correspondente, e ahi, se o individuo não tiver o cuidado de recolhêl-a, e se ella não contrahir adherencia alguma, vai pouco a pouco adquirindo direito de domicilio, e no fim de certo tempo a abertura por onde passou é unica e bastante larga. Neste caso a hernia ou o sacco que a contém não apresenta collo.

Quando, porém, a hernia sahe, e depois de constituida apparece uma vez diariamente ou de dous em dous dias, e é contida por meio de funda, nos pontos correspondentes ás partes mais estreitadas, o peritoneo que fórma o sacco se confrange e aperta, e no fim de um tempo mais ou menos longo tem-se formado o que se chama collo do sacco. Em geral este corresponde ás partes mais estreitadas, por onde atravessárão as hernias. Na hernia inguino-escrôtal, em cujo canal existem dous pontos mais estreitos, que são o annel interno ou abdominal, e o externo ou inguinal, é nesses pontos onde commummente se encontra o collo do sacco.

Este com as transformações experimentadas converte-se em um tecido fibroso, resistente e elastico, e no momento de vigoroso impulso o intestino só ou com o epiploon dilata bruscamente o orificio, e depois de atravessal-o ou transpôl-o é abraçado e estrangulado, como dizia Demeaux, completamente por elle.

Mas nem todos os cirurgiões explicão ou admittem pura e simplesmente este mecanismo para o estrangulamento. Broca dá grande valor, mesmo no estrangulamento chamado primitivo, á tumefacção inflammatoria das partes herniadas, e não acredita que a distensão do intestino por liquidos possa constituir a causa de um phenomeno tão permanente como é o estrangulamento. Gosselin dá muito valor á retracção do collo submettido ao trabalho de inflammação, como havia sido indicado por Gerdy, nos tecidos fibrosos accidentaes; mas diz que aquelle não se manifesta com rapidez, e chama por isto em apoio a distensão da aza intestinal por uma corrente de gaz, como foi imaginado por O'Beirn.

Mas é preciso dizer que o estrangulamento se dá tambem nas hernias epiploicas e que estas não apresentão canaes para a passagem de gazes. Creio antes na retracção do tecido do collo, ou na inflammação que em um momento dado tem se apoderado delle.

São, portanto, objectos estes dignos de vosso estudo, e que não deveis de modo algum deixal-os desapercebidos no futuro.

Com o esforço que fazem os intestinos para atravessarem todas as partes estreitadas, estas podem dilatar-se, de modo que o annel perca toda a resistencia, e torne-se, por exemplo, bastante largo na parte superior ou abdominal, sem adquirir a mesma propriedade no ponto inferior ou inguinal. Dahi resulta que o estrangulamento póde deixar de manifestar-se no ponto superior para manifestar-se no inferior, e é commummente neste ponto que elle se fórma, por isso que é sobre este que de preferencia applicão-se as fundas. Si não se tem o cuidado de procurar uma funda que se adapte perfeitamente em toda a extensão do canal inguinal, o collo do sacco, sendo constantemente comprimido, póde em alguns casos estreitar-se consideravelmente e ainda obliterar-se. Si o intestino é levado por novo impulso, acontece que elle, não podendo transpôr essas porções obliteradas do sacco, comprime outras que estão juntas, e d'ahi resulta um sacco que fica ao lado do que se formára primitivamente. Outras vezes os intestinos impellem o primeiro sacco em que o collo já está quasi obliterado, e dão em resultado pelo mesmo mecanismo a formação de dous, tres e mais saccos, que são conhecidos com o nome de saccos muniliformes. O collo do primeiro sacco tem-se estreitado consideravelmente ou tem-se obliterado; o intestino comprime o peritoneo ao lado, fórma outro sacco, e, sendo depois o intestino recolhido e contido por uma funda applicada nos pontos estreitados, fórma-se outro collo que poderá pelo mesmo modo obliterar-se. Assim encontrão-se casos em que notão-se dous, tres e mais saccos successivos, ou um atrás do outro. Quando a hernia se apresenta, e o collo se acha bem constituido, e sem ter

seu orificio em proporção com o volume do intestino, dá-se então a dilatação brusca daquelle, e em seguida a retracção com estrangulamento da hernia. Dahi o estrangulamento primitivo. Mas, se uma porção do intestino encontra abertura sufficiente para passar, e depois o intestino não póde ser recolhido, e declarão-se os phenomenos proprios da constricção intestinal com embaraço da circulação sanguinea e das materias intestinaes, attribuem-se os phenomenos do estrangulamento á inflammação do conteúdo do tumor herniario; porém, como vos disse, parece que os intestinos que não se achão com as suas paredes sufficientemente comprimidas não podem soffrer ou dar em resultado os phenomenos graves e proprios do estrangulamento.

Não vos será difficil comprehender pelo que acabei de vos dizer que para mim nas hernias inguino-escrotaes o principal agente do estrangulamento é o proprio collo do sacco herniario.

Não julgueis, porém, que tivesse sido esta idéa admittida por todos os cirurgiões.

No estudo dos agentes ou causas do estrangulamento, encontrão-se, como no engasgamento, os mesmos erros de doutrina que alli forão sustentados por muitos seculos pelos cirurgiões, ainda que não houvesse facto algum em que estes baseassem a sua opinião.

E cousa notavel ainda! Muitos desses cirurgiões observárão que o estrangulamento das hernias dependia de certas causas, e o attribuião a outras. Franco na descripção de certas hernias falla do estreitamento do peritoneo, e parece ter observado bem a differença dos symptomas pertencentes á hernia estrangulada; mas foi depois que Riolano indicou que os musculos abdominaes apresentavão na parte inferior tres anneis dispostos successivamente e sem se corresponderem, um atrás dos outro, que os cirurgiões começárão a attribuir os phenomenos das hernias irreductiveis ao estrangulamento por esses anneis. Desde logo

travou-se uma luta renhida para saber qual o annel que produzia o estrangulamento.

Emquanto Riolano dizia que era o annel interno, Saviard e Dionizio affirmavão que o estrangulamento era produzido pelo annel externo. Durante muitos annos admittio-se esta causa, e Littre, Mery e Blegny escrevêrão, como já vos disse, trabalhos bem notaveis, em que sustentavão que as materias fecaes e a inflammação erão a causa do estrangulamento pelos anneis. Dahi a doutrina de um triplice estrangulamento, que só foi completamente banida quando Winslow demonstrou que o musculo transverso não apresentava abertura alguma. Verduc, porém, ainda não tinha feito a descripção do sacco herniario, nem desta se tinha então idéa alguma.

Goursaud, na memoria que escreveu sobre as hernias, dizia que os intestinos cheios de fezes, ou inflammados, se estrangulavão no annel externo ou orificio do musculo grande obliquo.

Ledran e Arnaud, que tiverão em 1725 occasião de entrar em investigações ácerca deste objecto, notárão em muitas autopsias, e durante a operação da herniotomia, que os anneis abdominaes achavão-se inteiramente livres, e que o collo do sacco era que apertava ou produzia a constricção dos intestinos; mas continuárão em 1742 a admittir como inconcusso que o estrangulamento dependia geralmente da constricção exercida sobre os intestinos pelos anneis aponevroticos. Não mudárão nunca de opinião, ainda que tivessem observado casos de reducção em massa, nos quaes o sacco herniario se achava no ventre, apertando o intestino por seu collo, e houvesse nos annaes scientificos os casos de Samuel Formi, e um outro de Schroeckius de Breslau em que se descreve perfeitamente o estrangulamento pelo collo do sacco. J. L. Petit vira por seu lado casos identicos; mas sustentava a theoria de que o estrangulamento dependia do annel, que se inflammava quando o individuo usava de funda, pelo que propoz o desafogamento sem abertura do sacco. Goursaud, Luiz e Scarpa,

na Italia entrando no estudo desta materia, áceitárão como demonstrado o estrangulamento pelo annel, mas fizerão ver pela primeira vez que a constricção dos orgãos herniados era produzida quasi exclusivamente pelo collo do sacco. Desde então os cirurgiões francezes, como Dupuytren em suas bellas lições de clinica cirurgica, começárão a estabelecer e dar como agente do estrangulamento o collo do sacco; mas a auctoridade não tinha perdido os seus direitos, e Dupuytren continuou a admittir que o estrangulamento era produzido tambem no terço dos casos pelos anneis aponevroticos.

Emquanto em França admittia-se esse estrangulamento mixto, na Inglaterra, Percival Pott e alguns outros cirurgiões, como B. Bell e Key, ainda em 1763, fazião acreditar que o estrangulamento do intestino pelo collo do sacco não tinha consequencia para o operador, e que elle dependia ou era produzido por um annel unico. Entretanto é Pott quem faz ver que a hernia congenial antiga é exposta ao estrangulamento pelo sacco!

O estudo do canal inguinal ainda não tinha sido feito, quando Asthley Cooper demonstrou que na parte inferior do ventrehavia um canal cuja abertura externa era constituida pelo annel externo, e cuja abertura interna se achava no fascia transversalis, e não no musculo pequeno obliquo, ou transverso.

Com o descobrimento do annel abdominal começou-se desde então a admittir que era esse annel que determinava ou produzia constantemente o estrangulamento herniario.

Um ou outro cirurgião na Inglaterra é que attribuia o estrangulamento ao annel externo, mas Asthley Cooper com a sua descoberta não admittia que fosse outro o agente do estrangulamento, a menos que se tratasse de hernias antigas e muito volumosas. Só em casos muito excepcionaes o estrangulamento tinha lugar no interior do sacco.

Em vão se appellava para a falta de elasticidade e mobilidade desses anneis, todos se conservarão surdos á evidencia, até que

Malgaigne em 1840 trouxe a questão á discussão, e mostrou ainda uma vez que o estrangulamento pelos anneis aponevroticos não passava de uma hypothese sem base alguma.

Das considerações historicas em que entrou, chegou por fim á conclusão de que, si os anneis aponevroticos tivessem acção bastante para apertar ou estrangular os intestinos a ponto de interromper a circulação das materias respectivas, com mais facilidade esses anneis estrangularião o cordão espermatico, e, em relação ás hernias cruraes, elles darião o mesmo resultado aos vasos cruraes. Ora, se estas partes estão no mesmo canal em que as visceras herniadas, e não se estrangulão, não ha razão para admittir-se que os anneis sejão os agentes do estrangulamento.

Desde logo travou-se uma luta gigantesca, em que tomárão parte os illustres Velpeau, Laugier, Sedillot e muitos outros, e, como muito bem diz Broca, comprehende-se o afan e o enthusiasmo com que os cirurgiões entrárão em investigações, porque estavão bem certos que pertenceria á posteridade aquelle que apresentasse um caso bem evidente de estrangulamento primitivo pelos anneis abdominaes. Muitos trabalhos apparecêrão, mas, não obstante, facto algum foi apresentado que comprovasse a existencia de um estrangulamento pelos anneis fibrosos naturaes, pois que, como desde já vos digo, não deveis confundir estes anneis com os anneis accidentaes. Estes podem ser agentes da constricção primitiva dos intestinos nas hernias inguinaes, mas o mesmo não se dá com os anneis fibrosos naturaes.

Broca e Gosselin, que escrevêrão mais extensamente sobre o estrangulamento, admittem peremptoriamente as idéas de Malgaigne, e divergem apenas em pequenas minuciosidades.

Mas como é que se fórma o collo do sacco, que dá em resultado o estrangulamento herniario? Não existe, como já disse, observação alguma de hernia que se tenha estrangulado logo que apparece, a menos que se trate de hernias congeniaes, ou de individuos em que tem-se conservado a abertura da tunica vaginal. O collo

aqui já se acha constituido, e comprehende-se que alguns esforços feitos em um momento dado possão impellir as visceras, e estas dilatar a abertura e penetrar na cavidade vaginal.

Em resumo: não ha uma só observação de hernia que se tenha estrangulado senão quando ella data de algum tempo, ou tem estado fóra algumas vezes, e tem sido contida constantemente. Sob a influencia de esforços e condições particulares, que não vêm ao caso especificar, os intestinos actuão sobre o annel interno coberto pela folha parietal do peritoneo, levão esta folha diante de si, penetrão no annel interno, atravessão o canal, sahem pelo annel externo e cahem no escrôto ao lado ou adiante do cordão espermatico e da tunica vaginal, formando um tumor onde não se acha encerrado o testiculo. A hernia, porém, fórma-se lentamente e apparece uma saliencia chamada *ponta da hernia* ou bubonocele.

Depois, quando as visceras correm ao longo do canal *fórmão* a hernia *intersticial*, e por fim, quando se achão constituindo um tumor subcutaneo ou escrôtal, ellas produzem a hernia *escrôtal*.

Se introduzirdes o dedo no canal inguinal, notareis que este, se a hernia data de algum tempo, e já tem sido por vezes reduzida, se acha bastante dilatado. As hernias nestas condições sahem e entrão com muita facilidade, e assim permanecem por muito tempo, até que em um momento dado deixão de ser reduzidas. Qual é pois o mecanismo do estrangulamento? Nos pontos correspondentes aos anneis ha a porção do peritoneo que abraça a aza intestinal, e ella ahi fórma pregas, que se reunem de modo que o sacco fica com uma parte mais longa e inferior chamada *corpo*, e uma outra mais estreita chamada *collo*. Este conserva a principio a molleza e disposições naturaes, porém depois torna-se denso, resistente e fibroso, ou dartoico, na linguagem de Guyton. Em virtude da organisação que alli se manifestára, desenvolve-se a propriedade retractil e o collo ou annel do sacco se estreita pouco a pouco, sobretudo se o individuo traz a hernia geralmente

contida por fundas applicadas ao nivel dos orificios do canal. O collo do sacco no começo de sua formação dá sahida e entrada aos intestinos ; mas, si uma maior porção destes apresenta-se á sua abertura, ou vem acompanhada do epiploon, e ao mesmo tempo ha um esforço, ou impulso maior, a abertura do collo póde dilatar-se e, depois de passar por ella a aza intestinal, se retrahir, e dar em resultado o estrangulamento. Não é cousa difficil de comprehender, quando vos lembrardes que se observa o mesmo phenomeno nos estreitamentos organicos da urethra. Introduz-se a sonda com algum esforço no ponto estreitado, e quando ella alli se acha nota-se que só com esforço póde ser retirada.

Ainda hoje, meus senhores, alguns cirurgiões admittem que os anneis abdominaes naturaes, comquanto tenhão perdido toda a resistencia pela dilatação a que se achão expostos, todavia, pelo desenvolvimento ou volume que adquire o intestino, podem ser agentes do estrangulamento. Então é pela expansão do conteúdo herniario que este é levado de encontro as suas bordas, e ahi se estrangula. Elles indicão esta causa para as hernias cujo sacco não tem collo, porquanto comprehenderieis logo que era inadmissivel attribuir a constricção a um agente que se acha superiormente collocado, deixando de attribuil-o a um outro que se acha situado mais abaixo ou mais proximo, e cuja resistencia não é menor. E' para explicar os casos em que se dá o estrangulamento, ainda que a hernia não tenha sacco com collo, que se tem lançado mão dessa hypothese; mas, pelos estudos anatomo-pathologicos das hernias, inclino-me mais a attribuir esses phenomenos de estrangulamento a modificações que se passão mesmo nos intestinos, e em algumas partes do sacco herniario. Permitti que não me occupe agora desta questão, por isso que hei de tratar della em tempo competente.

Quando começou-se a fallar dos agentes do estrangulamento, e todos o fazião depender da inflammação e do engasgamento, Richter dava nos casos de estrangulamento, como ja havia feito

Mauchard em 1722, uma acção muito activa aos anneis aponevroticos, ou ao annel do grande obliquo, e dizia que era em consequencia dos espasmos dos musculos abdominaes que o annel era levado de encontro ás visceras herniadas e as estrangulava. Essa doutrina ou hypothese, julgada sem procedencia por todos os cirurgiões, que não vião nenhuma permanencia nessas contracções para darem lugar ao estrangulamento, nem connexões entre os musculos abdominaes e as hernias na parte correspondente ao annel interno, foi entretanto desenvolvida por Guyton e Colson; mas, ainda que em certos pontos os musculos abdominaes se achem nas hernias estranguladas bastante tensos, essa tensão é antes devida ao desenvolvimento de gazes do que á contracção physiologica.

E não se comprehende como a contracção desses musculos poderia comprimir os intestinos, e deixar, como disse Malgaigne, inteiramente livre o cordão espermatico: e depois devo observar que os musculos pequeno obliquo e transverso não têm annel algum, e que o annel interno é formado pelo fascia transversalis, que não é dotado de contracção alguma. Portanto a doutrina de Richter está completamente destruida em relação á acção activa dos anneis aponevroticos nos casos de estrangulamento herniario.

Mas não é unicamente o collo do sacco que dá em resultado todos os estrangulamentos. Algumas vezes o epiploon se colloca entre o peritoneo e o intestino, e é levado atrás da folha peritoneal, como já foi dito por Ledran, de modo a formar um sacco concentrico, o qual é chamado epiploico. Estas hernias merecem grande cuidado da parte do cirurgião, porque na operação pode-se suppôr que se trata de uma hernia simplesmente epiploica ou gordurosa, e excisar-se o epiploon, levando uma aza do intestino que se acha no interior do sacco formado por elle, como aconteceu com Blegny, segundo diz Broca, pag. 173. Sendo a constricção produzida em parte pelo collo do sacco e em

parte pelo epiploon, que tambem se transforma e se torna mais tenso nos pontos correspondentes ao collo do sacco, é preciso que guardeis em memoria a possibilidade de haver uma porção de epiploon envolvendo o intestino, para que não tenteis a reducção, ou a extirpação do epiploon que possais ter debaixo da vista, na certeza de que o estrangulamento simplesmente do epiploon nunca dá os mesmos phenomenos graves que o estrangulamento de uma aza intestinal. Disto quero concluir que em presença de casos que vos levem à convicção de que se trata de estrangulamento intestinal, se encontrardes o epiploon, é preciso fazer a dissecção conveniente, afim de que seja reconhecida ou não a existencia da aza intestinal.

Esta especie de estrangulamento foi muito bem apreciada por Prescott Hewett, e parece que não é pouco frequente.

Em alguns casos o epiploon se adelgaça, rompe-se em um ponto, e offerece uma abertura por onde o intestino penetra e vem estrangular-se, ou então aquelle envolve-se ao redor da aza que tem apparecido e produz o mesmo effeito.

As cordas fibrosas que se fórmão no interior do sacco podem constituir um agente de estrangulamento, e Dupuytren com alguns outros cirurgiões citão factos em que os intestinos têm penetrado no septo formado pelas paredes do sacco e da tunica vaginal, e sido alli estrangulados.

Os casos desta ordem são entretanto pouco frequentes, e si os indico é para que possais saber que não é *sómente* o collo do sacco que produz todos os estrangulamentos, ainda que elle seja o agente mais commum.

Do que vos tenho dito até aqui ácerca do estrangulamento das hernias inguino-escrôtaes julgo que podeis tirar as conclusões seguintes: 1.ª, que o estrangulamento chamado primitivo, rapido ou agudo, que é o mais grave que se póde observar, é dependente da constricção exercida pelo collo do sacco; 2.ª, que é possivel que a inflammação concorra até certo ponto para o estrangulamento

conseoutivo ou para a constricção exercida sobre os orgãos herniados pelos anneis aponevroticos. Entretanto devo ponderar-vos que esta questão merece ainda de vossa parte e dos cirurgiões futuros muitas investigações para que se chegue positivamente ao conhecimento da verdade.

Seja como for, meus senhores, estrangulando-se uma hernia, a constricção augmentará, ou, pelo contrario, tenderá a diminuir? Eis-ahi uma outra questão sobre a qual chamarei apenas a vossa attenção para novas observações, e estudos que a possão elucidar. A observação dos factos apreciados sob este ponto de vista leva-me a concluir que o estrangulamento, desde que tem-se estabelecido, augmenta progressivamente até o ponto de acarretar a mortificação ou gangrena das partes herniadas, por isso que é mais facil a reducção de uma hernia estrangulada nos primeiros dias do que no fim. Dependerá a constricção maior e progressiva da inflammação ou da retracção do collo do sacco? Parece-me que ambos estes elementos concorrem para o resultado observado em semelhantes condições; mas tambem observareis por outro lado que a hernia irreductivel por espaço de dous, trez e mais dias aos esforços do doente e do cirurgião, torna-se reductivel logo depois. Broca attribue este phenomeno á inflammação herniaria, e não acha que aqui se trate de estrangulamento; mas, como já vos disse, Gosselin,que foi o primeiro a chamar a attenção dos cirurgiões para a progressão e diminuição do estrangulamento, suppõe que não póde-se resolver a questão peremptoriamente em todos os casos. Ha para elle alguns factos inteiramente inexplicaveis, assim como ha outros, que até certo ponto, poderião ser explicados pela diminuição do volume da aza herniada, realizada com a entrada de certa porção de gazes alli contida.

Si já não vos esquecestes do que eu vos disse a este respeito, está bem visto que a reductibilidade n'esses casos me leva a acreditar que a hernia não se achava estrangulada. Em todo o caso esses factos são excepcionaes, e antes podem ser attribuidos a

irreductibilidade por formação valvular do que ao verdadeiro estrangulamento.

Quando este se dá, a acção constrictora do agente deve ser permanente, e produzirá effeitos tanto maís profundos e extensos, quanto mais demorado for o estrangulamento.

Se observardes a aza intestinal na hernia estrangulada, notaréis, como no nosso doente, que, quando ella é completa e sem epiploon, os intestinos apresentão-se mais ou menos rubros, variando desde a côr rosacea até ao rubor vinoso. A aza póde tornar-se rôxa, e adquirir a côr da bringella. Vistes bem no doente desta observação, quando pratiquei nelle o desafogamento da hernia. Neste estado a superficie intestinal se acha sem brilho, e cheia de asperezas, apresentando em grande parte de sua extensão pequenas elevações ou vesiculas cheias de sangue. Este resultado depende da inflammação, ou da congestão intestinal? Acredito que um e outro elemento concorrem para a producção de todos os phenomenos indicados. Em primeiro lugar, existe com a constricção embaraço de circulação, levado a tal ponto que o sangue póde romper os vasos capillares, e infiltrar-se nas diversas tunicas do intestino; em segundo lugar, como a circulação não se póde estabelecer convenientemente, a inflammação se apodera da aza intestinal.

Em um gráo mais adiantado do estrangulamento, observareis que o intestino torna-se mais flacido, e algumas vezes friavel, e cobre-se de camadas de sangue coalhado, ou de placas pseudo-membranosas, como tereis por certo notado na hernia do nosso doente. Ao passo que os intestinos nas primeiras horas do estrangulamento conservão ainda a tensão e resistencia normaes, apezar da côr rosacea intensa e mesmo escura que tenhão adquirido, no fim de algum tempo elles perdem essa consistencia e tensão, o que é muito importante, porque não deveis recolher uma hernia em semelhantes condições. Se examinardes com todo o cuidado a aza intestinal, notareis na superficie della pequenas depressões, ulcerações e perfurações, que se tornão bem evidentes pelas bôlhas

que se elevão alli e que se verifica quando se tem feito a autopsia em individuos fallecidos de hernia estrangulada, e se procede á insuflação da aza intestinal debaixo d'agua.

Algumas vezes essas perforações são extensas e largas, e dependem da separação de pequenas placas gangrenosas que se fórmão nos intestinos ; mas o que é importante para a pratica é o seguinte: os intestinos podem apresentar uma côr rôxa e negra, sem que dahi resulte o menor inconveniente para a reducção. Deve-se porém receiar a reducção, e não pratical-a, quando o intestino apresentar-se murcho e friavel, e quando for descoberta a mais ligeira placa gangrenosa, ou a mais pequena perforação.

Si for examinada a porção do intestino que soffreu a constricção do collo do sacco, e que correspondia ao pediculo da hernia, a primeira cousa que notareis é uma depressão mais ou menos profunda, onde a côr é muito menos vermelha do que na porção da aza herniada ou na que se continua com o resto dos intestinos no ventre. Essa depressão ainda não indica a existencia de uma solução de continuidade: ella é semelhante áquella que observamos quando passamos um laço mais ou menos apertado em redor de uma parte viva do nosso corpo. O intestino neste ponto apresenta-se com as paredes mais espessas, e menos extensiveis do que no corpo da aza.

Em um gráo mais adiantado, ou quando o estrangulamento tem durado algum tempo, é então que se observa um entalho ou solução de continuidade em cada aza intestinal, ou antes duas soluções de continuidade semilunares, uma correspondendo á porção intestinal superior, e outra á inferior do mesmo intestino. Nada existe no ponto porém em que a aza intestinal se tocava.

Essas soluções de continuidade têm geralmente a séde na superficie serosa do intestino; porém algumas vezes têm-se estabelecido adherencias entre essa superficie e o collo do sacco, de modo que encontrareis as soluções de continuidade nas tunicas

internas, isto é, nas tunicas mucosa e muscular, e tão perfeitamente estabelecidas, ou tão iguaes, e de bordas tão regulares como se tivessem sido feitas ou praticadas pelo bisturi.

Quando as alterações intestinaes chegão a este grão, notareis algumas perforações de dous e trez millimetros, correspondentes ao logar do estrangulamento e, si a naturez ι previdente não tiver estabelecido adherencias entre os intestinos estrangulados e o collo do sacco, é possivel que nestas condições uma porção de materias fecaes caia na cavidade peritoneal, e faça com que o individuo venha a fallecer de peritonite geral.

Como na aza intestinal, encontrareis aqui pequenas escharas ou placas gangrenosas extensas, as quaes, depois de eliminadas, podem deixar passar materias intestinaes para o sacco ou para a cavidade peritoneal, si acaso não se têm estabelecido adherencias convenientes.

A que devemos attribuir esses phenomenos observados na aza intestinal? Serão devidos sómente á constricção mecanica ou ao trabalho de ulceração consecutivo á inflammação?

Sou ainda de parecer que uma ou outra condição pode dar em resultado os mesmos phenomenos. A constricção levada a um ponto exagerado póde trazer um embaraço completo na circulação, e consecutivamente a gangrena e morte da aza intestinal assim como a inflammação póde terminar pela formação de abscessos, de ulcerações e da gangrena.

Tenho até aqui considerado sómente os effeitos do estrangulamento em uma aza intestinal completa. Quando esta é incompleta, ou tem sido apenas beliscada pelo collo do sacco, observareis os phenomenos acima indicados, mas, cousa notavel, elles se estabelecem ou desenvolvem-se com rapidez extraordinaria. Quando pois a hernia é nimiamente pequena, e que tudo leva-nos a suppôr que ella é constituida por pequena porção do intestino, ou de toda a sua parede, sem formar uma aza completa, para melhor me explicar, notareis que todos esses phenomenos

marchão com intensidade extraordinaria, e podem chegar ao termo no fim de algumas horas. Asthley Cooper dizia que no fim de seis horas a porção do intestino póde assim achar-se dividida, dando em resultado derramamento de materias fecaes na cavidade peritoneal.

Os cirurgiões, como vós sabeis, não devem sómente limitar-se a verificar essas lesões. E' preciso indagar qual será a causa desses phenomenos.

Richter, que foi o primeiro a chamar a attenção para semelhantes factos, dizia que a gravidade e promptidão desses phenomenos dependião da constricção mais directa exercida sobre o intestino, visto que este não tinha comsigo o mesenterio para formar-lhe um coxim que minorasse o estrangulamento, ou que deixasse a porção do intestino mais desafogada. Louis, celebre cirurgião do seculo passado, dizia que se encontravão essas lesões tão graves, porque a hernia desenvolvia pouca dôr, e não attrahia a attenção dos doentes senão muito tarde. Vidal de Cassis explica os phenomenos indicados por um modo que até certo ponto é admissivel. Diz elle que os phenomenos inflammatorios e as ulcerações se revelão com mais rapidez, por isso que o intestino é abraçado fortemente, e os vasos do mesenterio que ficão aquem do ponto estrangulado não levão o sangue arterial ás respectivas tunicas do intestino.

Sejão quaes forem os phenomenos, deveis ter em mente, e sempre conservar no espirito, a idéa de que, quando fôr por vós verificado o estrangulamento em uma hernia muito pequena, os effeitos do estrangulamento são rapidos.

Quando a hernia fôr constituida não só pelo intestino como pelo epiploon notareis ainda os phenomenos já indicados. A aza intestinal apresenta no 1.º gráo um rubor mais ou menos intenso, e apresenta-se rugosa e infiltrada de sangue. No 2.º gráo observareis tanto na aza como no ponto estrangulado perfurações resultantes da quéda de placas gangrenosas, tudo

emfim que vos indiquei por occasião do estudo feito no enterocele puro.

Ao mesmo tempo notareis que o epiploon apresenta-se nimiamente rubro, ou de uma côr rôxa, dependente da estagnação e embaraço da circulação; porquanto, se essa parte organica dos intestinos é excisada na occasião da operação ou recolhida, adquire no fim de algum tempo a sua côr normal.

Si voltardes as vistas para os phenomenos anatomicos do tumor herniario, na occasião da herniotomia, notareis, além das tunicas proprias do testiculo, muitas outras formadas pela condensação do tecido cellular que as dobrava no estado normal, de modo que não se póde indicar o numero das tunicas que entra na composição do tumor herniario. O habil escalpello de Thompson encontrou alli dezeseis tunicas; mas, assim como forão por elle encontradas dezeseis tunicas, poderáõ ser por outros descobertas trinta e quarenta.

O que deveis saber é que a ultima tunica é constituida nas hernias, como a do nosso doente, pela porção do peritoneo que fórma o sacco. Neste, ora encontra-se uma porção mais ou menos consideravel de serosidade, ora não se encontra serosidade alguma, e diz-se neste caso que a hernia é secca.

Deveis ter immenso cuidado nos casos desta especie, por que muitos cirurgiões já têm confundido o sacco com qualquer outra tunica do tumor e aberto o intestino suppondo que é o sacco. Comprehendeis que a incisão desta parte é indisculpavel ao cirurgião, pois que o erro que dahi resulta póde ser fatal ao doente.

Algumas vezes em logar de serosidade encontra-se sangue, ou coalhos fibrinosos sanguineos, como observastes no doente a que me tenho referido.

Para o lado da cavidade peritoneal, e para os intestinos alli contidos, notão-se todos os phenomenos que costumão apparecer nos casos de peritonite geral ou parcial.

Pelo conhecimento de todos esses phenomenos já vêdes, pois, meus senhores, que é muito grave o estado de um individuo de hernia estrangulada.

A marcha que esta segue e a terminação que póde offerecer, varião segundo a natureza dos phenomenos provocados pela constricção intestinal ou entero-epiploica.

Nos casos ordinarios ao lado dos phenomenos geraes indicativos do estrangulamento, os quaes augmentão de intensidade e deixão os doentes em grande prostração e abatimento, e com o pulso nimiamente frequente e quasi imperceptivel, nota-se que o tumor torna-se mais quente, pastoso e molle, e cobre-se de phlyctenas e de placas gragrenosas ; e então si nestes casos já se têm desenvolvido os phenomenos de uma peritonite aguda e generalisada devida á propagação da inflammação herniaria, ou ao derramamento do conteúdo intestinal em virtude de uma perforação ou ruptura do intestino, facil será comprehender que a terminação não póde deixar de ser fatal.

Si a peritonite não for intensa ou o doente a ella puder resistir, e não houver perforação com derramamento das materias intestinaes para a cavidade do peritoneo, notareis no tumor todos os phenomenos ha pouco enumerados, e a pelle então com todas as camadas do tumor herniario são invadidas pela ulceração gangrenosa e destruidas em uma extensão mais ou menos consideravel com parte das paredes da aza intestinal, dando logar para o exterior á sahida de materias purulentas de côr esverdinhada e fétidas alli contidas. Si a perforação intestinal é pequena, a affecção termina pela formação de uma fistula estercoral. Se ella é mais extensa, e comprehende parte ou toda a aza intestinal, a affecção termina pelo estado a que se dá o nome de anus anormal. O individuo tem na verdade escapado aos accidentes do estrangulamento, mas fica por um tempo mais ou menos longo ou por toda a vida com uma das mais tristes enfermidades.

Em alguns casos os phenomenos para o lado da pelle não se manifestão nem têm a terminação que vos indiquei ; mas toda a aza mortifica-se e separa-se do resto do intestino que, pelas adherencias estabelecidas no ponto que soffreu o estrangulamento, permitte que as materias nelle contidas passem ou desção ao tubo inferior e sejão lançadas para fóra com toda a aza mortificada. assim como o professor Cruveilhier teve occasião de observar. Esta especie de terminação é muito rara, e com ella não podeis contar, mas deveis conhecel-a para que possais explicar alguns phenomenos observados em semelhantes condições.

O anus anormal que dahi ainda resulta, ou a fistula indicada ha pouco, podem desapparecer espontaneamente, porém outras vezes persistem por muito tempo ou por toda a vida. Houve um homem notavel em nosso paiz que conservou por tempo excessivamente longo uma affecção dessa natureza.

Não entrarei aqui em considerações a respeito da cura espontanea, porque me levarião longe do fim a que me proponho. Apenas vos direi que a cura espontanea estabelece-se muitas vezes pela retracção do mesenterio, o qual recolhe pouco a pouco por este meio os dous tubos da porção intestinal abertos na região inguinal, e estes reunem-se pelas adherencias estabelecidas externamente ou mesmo em suas paredes. O que impede mais a cura nestes casos é a difficuldade que ha para o passagem das materias intestinaes do tubo superior para o inferior, porque existe um septo saliente chamado *esporão*.

Quando o doente de hernia estrangulada praticar em si mesmo manobras de reducção, se estas forem fortes, a inflammação com todas as suas consequencias manifesta-se com mais rapidez, pois que a pressão eleva o grão de inflammação, e póde trazer a dilaceração do intestino. Mas a taxis praticada pelo proprio doente tem ainda o inconveniente de produzir a reducção chamada em massa. Ha casos na verdade em que o doente submettendo o tumor a tracções immoderadas, este, pela falta de

adherencias entre o sacco e as tunicas excentricas, entra todo com a aza intestinal; e vós, que sabeis que geralmente ou quasi em todos os casos o estrangulamento póde ser produzido pelo collo do sacco, comprehendeis que em taes condições este continúa a exercer a sua acção, e tendo havido a transformação do estrangulamento externo em um interno, o individuo venha a fallecer no fim de algum tempo. Têm sido observados casos de terminação semelhante, já por Arnaud já por todos os cirurgiões que fizerão estudo das hernias estranguladas.

As manobras da taxis exercidas sobre as hernias estranguladas por um cirurgião inexperiente, e que não sabe até onde deve levar o gráo dessas manobras, podem pelo mesmo modo dar em resultado todos os inconvenientes que apontei. Já vêdes pois que a terminação das hernias inguino-escrôtaes estranguladas é quasi sempre fatal, e nos poucos casos em que a morte não segue-se à manifestação de semelhante affecção, observa-se uma triste enfermidade caracterizada pela formação do anus anormal, que póde consecutivamente ser causa de morte. O anus artificial ou a fistula estercoral podem debilitar por tal fórma o doente, já pelas modificações impressas ao organismo, já pela sahida constante das materias intestinaes, que elle venha por fim a perecer.

O prognostico pois da hernia inguino-escrôtal estrangulada é excessivamente grave, e quasi sempre a affecção termina pela morte, sobretudo quando o doente se entrega aos cuidados de um cirurgião que não sabe haver-se nestes casos. Conhecendo todos estes factos, já deveis suppor ou conceber qual seria o meu procedimento em relação ao individuo que se achava aos meus cuidados. Tendo elle, como sabeis, entrado com uma hernia que apresentava todos os signaes de estrangulamento, o que deveria fazer?

E' o que servirá de assumpto para a seguinte conferencia.

SEPTUAGESIMA QUINTA LIÇÃO

TRATAMENTO DAS HERNIAS INGUINO-ESCROTAES ESTRANGULADAS

SUMMARIO: — Divisão do tratamento em meios medicos e cirurgicos. — Motivos pelos quaes antigamente se empregavão as sangrias geraes. — Conveniencia das sangrias locaes. — Razões que me inhibirão de empregar estes meios no doente de hernia estrangulada. — Condições em que é possivel o emprego dos banhos, da irrigação fria e do gelo. — Administração dos purgativos e dos antispasmodicos. — Clysteres de folhas de fumo. — Condições para o emprego dos meios medicos. — Modo de acção. — Indicações e contra-indicações para o emprego desses meios. — Taxis e herniotomia. — Regras para a taxis. — Posição dos doentes para esta operação. — Emprego do chloroformio. — Divisão da taxis em moderada, forçada, prolongada e progressiva. — Manobras da taxis — Tempo empregado na taxis. — Processo de Maisonneuve. — Regras dadas pelo professor Gosselin. — Signaes da reducção da hernia. — Taxis preferida. — Indicações para a taxis. — Accidentes resultantes da taxis. — Motivos que fizerão preferir no doente de hernia estrangulada a herniotomia. — Processo empregado. — Posição do doente e papel dos ajudantes. — Tempos da operação. — Difficuldades que se podem encontrar. — Regras dadas por J. L. Petit ácerca da reducção. — Preceitos para o desafogamento. — Logar em que devem ser feitas as incisões. — Exame da parte herniada. — Casos em que não se deve fazer a reducção. — Lesões intestinaes. — Conselho dado pelo professor Gosselin ácerca da reducção. — Procedimento do cirurgião nos casos de entero-epiplocele. — Reducção ou não reducção do epiploon. — Caso observado em 1862. — Curativo dos doentes operados de hernia estrangulada. — Emprego da costura. — Posição que os doentes devem guardar. — Administração dos purgativos depois da herniotomia. — Emprego do opio. — Consequencias felizes da herniotomia no doente de hernia estrangulada. — Accidentes que se podem observar depois da operação. — Meios a empregar. — Conclusão.

MEUS SENHORES,

Terminei a conferencia passada por estabelecer a questão do tratamento que devia instituir afim de obter a cura do doente de hernia inguino-escrôtal, que, pelos phenomenos apresentados, vos disse que se achava estrangulada.

Têm sido divididos em medicos e cirurgicos os meios a que o cirurgião póde recorrer quando tem debaixo de sua observação ou aos seus cuidados um doente affectado de hernia, que determina phenomenos geraes e locaes, devidos ao estrangulamento.

Entre os meios medicos contão-se em primeiro logar os anti-phlogisticos representados pelas sangrias geraes e locaes.

No tempo em que o elemento inflammatorio foi trazido como causa de irreductibilidade das hernias, os cirurgiões, quando julgavão que esta não dependia da accumulação das materias fecaes, lançavão mão dos antiphlogisticos ou das espoliações sanguineas geraes. A inflammação das hernias foi depois pouco considerada, ou desappareceu até certo ponto para ser apreciado o agente do estrangulamento, mas as sangrias locaes são ainda hoje muito empregadas, e recorre-se de preferencia ás sanguesugas applicadas ao pediculo do tumor.

Em geral a hernia estrangulada se inflamma, e mesmo o estrangulamento consecutivo póde ser devido á inflammação herniaria: portanto a applicação das sanguesugas é muito conveniente, e já tem sido algumas vezes seguida de excellente resultado quando a hernia tem-se tornado recentemente irreductivel aos esforços da taxis, sem comtudo offerecer os symptomas graves do estrangulamento; ou quando ella é volumosa, sem signaes deste ultimo estado, como sejão a dôr no tumor, a elevação e tympanismo do ventre, e os vomitos de materias fecaloides.

Quando, porém, forem bem positivos os signaes do estrangulamento, tornarieis ainda mais desfavoraveis as condições do vosso doente, e perderieis um tempo precioso si lançasseis mão das sangrias ou das sanguesugas, e foi por isto que não empreguei nenhum desses meios no doente de que me tenho occupado nestas conferencias.

Os banhos quentes prolongados, a irrigação fria e o gelo applicado sobre o tumor constituem ainda outros meios empregados nos casos de hernia estrangulada. Cita-se mesmo o facto de um cirurgião que estava preparado para praticar a herniotomia em um menino, quando este lançou mão de um vaso cheio de agua fria e despejára sobre o tumor que por este meio reduzio-se immediatamente. Quando os accidentes inflammatorios não datão de

muito tempo, é conveniente a applicação do gelo sobre o tumor ; mas os refrigerantes, como sabeis, representão espadas de dous gumes, e si não tiverdes immenso cuidado em tornar a applicação continua podereis apressar por meio delles o apparecimento da gangrena.

As condições da hernia que esteve aos meus cuidados não erão mais de natureza a fazer-me pensar na applicação dos meios de que acabei de vos fallar.

E' usual o emprego dos purgativos, logo que um individuo tem uma hernia que se torna irreductivel. Aconselho-vos estes meios quando tiverdes de estabelecer o diagnostico entre a hernia inflammada e estrangulada, ou então entre esta e a hernia irreductivel por formações valvulares ou por adherencias, nas quaes apparecem symptomas inflammatorios que podem simular até certo ponto a existencia de um estrangulamento. Si o individuo com a applicação dos purgativos tem tido uma ou mais evacuações, é signal de que o estrangulamento não existe, ou de que não se trata de uma hernia estrangulada.

Com a derivação e movimentos que se estabelecem nos intestinos sob a influencia dos purgativos, é possivel que a reducção possa tornar-se mais facil ; e pois não tenho receio de empregar, ainda nos casos de hernia estrangulada, esses meios, e entre elles dou preferencia ás pilulas compostas de aloes, calomelanos e rhuibarbo, na proporção de 15 a 20 centigrammas de cada substancia, ou então ás de calomelanos e escammonéa, como aconselha o professor Gosselin.

Ha outros meios indicados por diversos cirurgiões com o fim de exercerem acção sobre o agente ou causa do estrangulamento.

Quando Mouchard e Richter pensárão que o estrangulamento podia ser produzido pelo espasmo dos musculos do ventre, preconisárão muito o emprego dos antispasmodicos, como fossem os agentes representados pela familia das solaneas virosas.

Entre nós têm-se empregado e são muito apreciados pelos cirurgiões os clysteres de folha de fumo, na proporção de 500 grammas de vehiculo para 4 a 8 destas folhas. O doente de que me occupo não tomou menos de dous clysteres deste genero. Estes são dados algumas vezes até ao ponto de produzirem um ligeiro narcotismo, e têm por fim provocar a atonia do intestino e do agente constrictor, de modo que a reducção possa ter logar.

Mas é esse um meio do qual ainda não vi resultado algum. O seu emprego tem-se tornado rotineiro, mas o effeito é sempre nullo.

Em que condições devem-se empregar os meios medicinaes ou medicos nas hernias inguino-escrôtaes estranguladas? Os meios indicados servirão para todo e qualquer tempo do estrangulamento, ou haverá época propria em que de preferencia devão ser empregados? Obrão todos pelo mesmo modo, e terão igualmente vantagens bem evidentes? E por que motivo não empreguei ou lancei mão de nenhum desses meios no caso da nossa observação?

Eis-ahi outros tantos pontos sobre os quaes eu desejaria momentaneamente que prestasseis attenção, porquanto gosto sempre de ver o medico fazer qualquer applicação levado pela razão e experiencia.

Si pensasseis um só instante nos effeitos produzidos pelos antiphlogisticos como sejão as sangrias e as sanguesugas, pelos refrigerantes como o ether e o gêlo, pelos antispasmodicos como sejão os clysteres quer de fumaça quer de infusão de fumo ou de belladona, pelos purgativos, etc., verieis desde logo que cada um destes meios tem um fim especial, e que ha um periodo em que a sua administração póde ser admissivel e até conveniente. Apresenta-se um individuo com uma hernia que se tornára ha pouco tempo irreductivel, e resiste não só aos esforços do doente, como aos que tendes por um momento empregado. Si a hernia é pequena, tensa e provavelmente constituida só pelos intestinos, e

o doente não apresenta symptomas indicativos de estrangulamento, podereis nestas condições empregar os antiphlogisticos, preferindo entre todos a applicação de sanguesugas, em quantidade proporcionada ás forças e resistencia vital do individuo. Depois disto mandareis administrar um banho prolongado de uma ou mais horas, conforme as forças do doente. Si, não obstante estes meios, a irreductibilidade no fim de 8 a 12 horas continuar a persistir, podeis ainda recorrer aos purgativos, e administrar um clyster de folhas de fumo ; mas vos preparareis para lançar mão da herniotomia na manifestação de qualquer dos phenomenos proprios do estrangulamento.

Supponde, porém, que se trata de uma hernia volumosa. Nestas condições, sabeis perfeitamente que essas hernias são susceptiveis de se inflammar ; portanto, ainda o emprego dos antiphlogisticos locaes, e dos purgativos, póde ser de alguma vantagem. Mas supponde que têm já decorrido algumas horas, depois que estes meios forão administrados, e que com elles não se deu modificação alguma. Não deveis mais pensar em sua applicação, e desde logo recorrereis aos meios cirurgicos, servindo-vos sómente em alguns casos dos primeiros como adjuvantes destes ultimos. Adiante dar-vos-hei regras mais precisas ácerca dos limites até onde chegareis com o emprego dos meios medicos, e vos direi como devereis proceder si acaso não vos derem immediatamente o resultado desejado.

Quando vi pela primeira vez o nosso doente já fazião tres dias que a hernia tinha-se tornado irreductivel e estrangulada. Um cirurgião chamado para vêl-o tinha mandado fazer applicação de sanguesugas e de outros meios que o doente não soube especificar-me, e aqui mesmo no hospital recebeu de novo applicação de sanguesugas, e de um purgante de oleo de ricino, e de clysteres purgativos. A administração de tudo isto foi improcedente e anti-cirurgica, e é por causa deste facto, e de muitos outros que tereis de observar, que eu quizera que levasseis aqui da clinica

noções precisas ácerca do procedimento do cirurgião nos casos em que este encontra a hernia inguino-escrôtal estrangulada. Em vista disto, desprezei tambem todos os meios medicos, e recorri immediatamente aos meios cirurgicos.

Estes meios são de duas especies: á primeira dá-se o nome de *taxis* e á segunda dá-se o nome de *herniotomia,* ou *desafogamento.*

A *taxis* é uma operação manual, por meio da qual se procura repellir as visceras herniadas para o interior do ventre.

Como procederemos á taxis em uma hernia inguino-escrôtal estrangulada? Poucas regras os cirurgiões têm dado a este respeito, de modo que no começo de minha carreira cirurgica encontrei difficuldades, porque não encontrava os dados necessarios que me guiassem na execução de semelhante operação: não sabia como devia collocar a mão, nem em que ordem e direcção devia imprimir os movimentos para conseguir a reducção das visceras. Desejo pois sanar essa lacuna com os estudos que a tal respeito tenho feito.

A taxis data de época mui remota, e naturalmente forão os proprios doentes que, vendo uma hernia apparecer, procurárão reduzil-a. Então os cirurgiões methodisárão apenas as manobras para ser com mais certeza alcançado o resultado que se tinha em vista. E' pois a taxis empregada desde os tempos os mais antigos.

Tem-se collocado os individuos para esta operação em posições ás vezes bem extravagantes. Assim antigamente alguns cirurgiões mandavão elevar os membros inferiores e collocal-os nos hombros de um ajudante, emquanto procedião ás manobras convenientes, levados pela idéa de que o peso da porção visceral contida no ventre podia acarretar a parte herniada para dentro. Outros deitavão o doente no decubito lateral, sobretudo no do lado opposto á hernia, e houve quem julgasse que a extensão dos membros inferiores podia favorecer a reducção.

Comprehendeis que, quando a anatomía não era estudada e cultivada, todos estes methodos podessem ser concebidos e postos em pratica : o que admira é que não obstassem á reducção.

O que, porém, deveis ter em vista quando praticardes a taxis é minorar a contracção dos musculos abdominaes, de modo que estes não diminuão a cavidade para onde têm de ser repellidas as visceras herniadas. Acontece muito nos estrangulamentos que os individuos, debaixo da acção de uma dôr bastante intensa, poem em contracção esses musculos, e obstão ás manobras de reducção ou que esta se realize ; e assim o vosso principal fim é collocar esses musculos no estado de maior relaxamento possivel. Por isto a melhor posição é o decubito dorsal com as espadoas um pouco elevadas, as pernas em flexão sobre as côxas, e estas separadas e moderadamente inclinadas sobre a bacia.

E' esta a posição em que puz o doente quando teve de ser operado.

Depois de collocado o doente nesta posição, podemos hoje nos servir do chloroformio ou não para praticar a taxis.

A contracção abdominal despertada pela dôr, que augmenta consideravelmente nas manobras da taxis, deve levar o cirurgião a empregar o chloroformio sempre que tiver á sua disposição este agente anesthesico, e souber manejal-o. Em logar de perder o tempo com applicação de sanguesugas, e clysteres, cuja acção é duvidosa e inefficaz, deveis, logo que encontrardes uma hernia irreductivel pelo estrangulamento, empregar a taxis, administrando o chloroformio, visto como este agente determinando o relaxamento dos musculos abdominaes, e extinguindo a dôr, faz com que o cirurgião com mais sangue-frio e methodo proceda á respectiva operação ; tanto mais quanto sou de parecer que, quando o doente apresentar vomitos constituidos por materias fecaloides, e o cirurgião não puder alcançar resultado por meio da taxis feita convenientemente, deve elle desde logo recorrer á herniotomia, ainda mesmo que não tenha junto a si collega algum

para ajudal-o, porquanto pesa sobre elle grande responsabilidade quando não sabe haver-se com precisão nos casos de hernia estrangulada.

Ha diversas especies de taxis, conhecidas com o nome de taxis *moderada, forçada, prolongada e progressiva*. A taxis moderada é aquella em que o cirurgião apenas emprega alguns esforços para a reducção. A taxis forçada é aquella em que o cirurgião emprega esforços consideraveis e pede ainda o adjutorio de outros para poder proceder ás manobras convenientes. Não se póde marcar por expressão exacta o que seja taxis forçada, porque, si para um cirurgião a acção por elle empregada pouca fadiga lhe tem causado, para outro esse esforço tem produzido grande cansaço.

Deste modo alguns cirurgiões têm procurado exprimir essa especie de taxis pelo termo de taxis a duas e quatro mãos, indicando por isto os esforços que são necessarios para a reducção da hernia. A taxis prolongada é aquella em que o cirurgião sustenta as manobras por tempo de meia a uma hora. Como a expressão taxis forçada e prolongada tem espantado a alguns cirurgiões, o professor Gosselin descreve essas manobras com o nome de taxis progressiva, e comprehendeis que quando impellimos progressivamente os intestinos ou visceras não só empregamos bastante força como prolongamos as manobras. Não se póde portanto separar um desses elementos do outro.

Como procederemos ás manobras da taxis? O cirurgião deve collocar-se em geral do lado em que a hernia tem-se apresentado. Si a hernia é do lado direito, é deste lado que deve collocar-se o cirurgião. Este então póde proceder ás manobras por dous meios differentes. Se a hernia é pequena, abraçará com os primeiros dedos da mão esquerda o pediculo do tumor e collocará os dedos da mão direita em redor do corpo da hernia, sem fazer pressão sobre o fundo della, o que é capital, afim de que o sacco não se descolle, e tenha logar a reducção em massa. Depois disto,

abraçando bem o tumor, procurará com os dedos da mão esquerda formar uma especie de canal, por onde as visceras herniadas terão de atravessar quando forem impellidas pela mão direita, que deve sempre exercer maior esforço do que a esquerda. Os movimentos devem ser dirigidos de baixo para cima e de dentro para fóra na direcção do canal inguinal, si a hernia fôr pequena e intra-parietal. Si a hernia fôr volumosa, o pediculo será abraçado com a mão esquerda, emquanto que com a direita collocada ao redor do corpo do tumor se procederá ás manobras necessarias. Si a mão do cirurgião não chegar para abraçar todo o corpo do tumor, então elle deverá fazer com que um ajudante abrace todo o pediculo do tumor, e empregará ambas as mãos para pouco a pouco provocar a reducção.

Quando o cirurgião tem em vista praticar a taxis forçada, prolongada ou progressiva, póde empregar nas manobras o espaço de 15 a 60 minutos, e procurar nas forças dos ajudantes o recurso que lhe possa faltar para realizar o seu intento.

Quando a hernia que se estrangulou achar-se do lado esquerdo, o cirurgião póde collocar-se desse mesmo lado para praticar as manobras da taxis ; mas como, nestas condições, é a mão esquerda que terá de ser applicada sobre o corpo do tumor, e não tendo ella tanta força como a direita, convém que o cirurgião colloque-se, nestes casos, ao lado direito, estendendo um pouco mais os braços sem grande esforço, e fazendo com que o doente se approxime o mais possivel das bordas do leito em que se acha collocado.

Maisonneuve para facilitar a reducção ou as manobras da taxis, e para obter maior pressão sobre o corpo do tumor, tem-se servido de uma especie de sacco de borracha, o qual é aberto na occasião necessaria, e nelle é introduzido o tumor herniario.

Ainda não tive occasião nem de applicar, nem de ver applicado este apparelho, e os cirurgiões francezes descrevem-no debaixo do nome de atadura de borracha.

Para se fazer applicação, quando tem-se á mão uma dessas ataduras, não é preciso mais do que passar em volta do tumor, e atar em cima as duas extremidades. O cirurgião ou espera da elasticidade da borracha o desenvolvimento da pressão necessaria para a reducção das visceras, ou então elle ajuda e augmenta essa pressão por meio dos esforços manuaes executados segundo as regras que indiquei.

As manobras serão feitas convenientemente, e na direcção opposta áquella que as visceras têm tomado para sahirem da cavidade abdominal. As pressões devem a principio ser moderadas, e pouco a pouco levadas a certo grão de intensidade, porém nunca devereis executar manobras intermittentes. E' este um erro imperdoavel e que tenho visto muitas vezes ser commettido por alguns cirurgiões. Estes fazem ou exercem algumas pressões, e depois as abandonão para recomeçal-as sem methodo nem ordem, e no fim não alcanção resultado algum.

Esse preceito foi dado pelo professor Gosselin, e me parece de muita efficacia, pois que preenche perfeitamente bem tudo o que se tem em vista com a taxis. Sabeis com effeito que a hernia estrangulada inflamma-se, congestiona-se e apresenta-se distendida por gazes, e si o cirurgião não tiver o cuidado de exercer a principio pressões suaves e moderadas, para que o sangue e os gazes refluão até certo ponto, não obterá com facilidade a diminuição do volume das visceras, nem a dilatação do annel constrictor; ao passo que, exercendo essas manobras com mais e mais intensidade, irá pouco a pouco diminuindo o volume das visceras, e vencerá por fim a resistencia opposta pelo collo do sacco.

Quando o cirurgião tem alcançado a reducção, elle é avisado deste resultado por um ronco ou gargarejo produzido no interior do intestino, si se trata de um enterocele; mas esse gargarejo deixa de ser ouvido quando a hernia é pequena ou incompleta, ou é constituida por intestino sem formar aza no interior do sacco. Nestas circumstancias podeis reduzir a hernia, ou tendes

alcançado a reducção, mas ficais na duvida si a reduzistes ou não. E' preciso então, para dissipar a duvida, ver qual o volume primitivo da hernia, si existe a tensão que fôra notada no começo das manobras, e si o annel acha-se ou não livre. Deste modo podeis até certo ponto ficar na convicção ou ter certeza de que a hernia foi reduzida; porém essa certeza algumas vezes não póde ser alcançada de um modo absoluto; fica-se sempre com receio de que a hernia não fosse reduzida, porque persiste o tumor com algum volume. Esse volume póde depender algumas vezes do epiploon, que tem contrahido adherencias, ou então do espessamento do sacco. Si entretanto o doente continuar a sentir dores, e a ter vomitos, é signal de que a hernia não foi reduzida, ou que fora somente uma parte ou porção do epiploon.

Qual é das especies de taxis aquella a que se deve dar preferencia?

A taxis moderada póde em geral produzir algum resultado; porém é mais vezes susceptivel de não produzir effeito algum, sobretudo quando o cirurgião não empregar ou não exercer manobras constantes e progressivas, sem levar entretanto muito longe a pressão exercida sobre o tumor; e desta especie de taxis não observareis accidentes que vos compromettão, ou que dêm máo resultado em relação ás lesões visceraes: mas com a taxis forçada, prolongada ou progressiva já se tem observado alguns accidentes bem graves. Os accidentes que mais vezes têm sido observados são: a contusão consideravel do intestino, a separação da aza intestinal ao nivel do annel, e a transformação do estrangulamento externo em interno.

Lisfranc, Amussat e Gosselin têm sido os maiores defensores desta especie de taxis, e dizem que todas as operações são seguidas do melhor resultado, ou não offerecem maiores accidentes do que a taxis descoberta ou a herniotomia, que póde dar logar, produzir ou provocar muitos accidentes graves, e nem por isso deixa de ser praticada quando ha indicação. Comparando os

resultados da taxis progressiva com os da herniotomia, o professor Gosselin apresenta uma estatistica em que a taxis progressiva tem offerecido excellentes resultados, e raras vezes produzio os accidentes que vos indiquei ; e quando penso na gravidade da herniotomia, com a qual metade dos doentes fallece, si existe o verdadeiro estrangulamento, e vejo de outro lado que posso alcançar excellente resultado com a taxis progressiva, inclino-me a admittir o emprego da especie de taxis aconselhada pelo professor Gosselin. Não tenho muitos factos para collocar-me de um ou de outro lado, mas o que tenho observado, é que quando emprégo o chloroformio, e pratico as manobras por espaço de 8 a 10 minutos, consigo a reducção da hernia, comtanto que esta date sómente de algumas horas. E não é preciso com esse agente anesthesico levar muito longe o grão de pressão, para que a hernia seja reduzida. Disto quero concluir que, tendo á disposição o chloroformio para empregal-o nos casos de hernia estrangulada, não deveis dispensar esse meio em semelhantes condições, levando as manobras com alguma força e progressivamente, sem comtudo exagerar os esforços, como aconselhava Lisfranc, que comprimia as visceras por espaço de 30 a 60 minutos, e dizia que tudo devia-se fazer para a reducção, pois que a taxis era a regra ordinaria de que a herniotomia constituia a excepção. Julgo que com o chloroformio não precisa levar tão longe a pressão ; basta empregal-a nos limites indicados acima, pois que não resulta d'ahi inconveniente algum.

Mas em que condições e quando é que devereis praticar a taxis? Todas as vezes que se vos apresentar um individuo com uma hernia irreductivel recente que tenha todos os signaes do estrangulamento. Não deveis, como já vos disse, perder o tempo com applicações inuteis. Convém ou é preciso submetter o doente, immediatamente ou no fim de alguns instantes, ás inhalações do chloroformio, e em seguida proceder á taxis. Si a hernia é

recente, e si o cirurgião sabe praticar as manobras, a reducção é quasi constante, rarissimas vezes deixa de ser alcançada. Mas si, não obstante o emprego do chloroformio, o resultado fôr negativo, e o estado do vosso doente não indicar lesão alguma grave, mandareis applicar algumas sanguesugas ao pediculo do tumor e collocar o doente, logo depois, em um banho morno prolongado, e si quizerdes mandareis administrar um ou dous clysteres purgativos ou constituidos por uma infusão de folhas de fumo, e esperareis mais algumas horas para então de novo submettel-o ás manobras da taxis. Si a hernia datar de seis horas pouco mais ou menos, e nenhum resultado fôr por vós alcançado, deveis immediatamente praticar a operação, pelo menos é este o meu procedimento; e si me perguntasseis qual a razão por que não sigo exclusivamente a opinião do professor Gosselin, que manda praticar a herniotomia logo que a reducção pelo chloroformio não é obtida, vos diria que, sendo a herniotomia uma operação gravissima, procuro ainda nos meios medicos e na taxis alcançar um resultado que ponha o doente ao abrigo de maior risco. Si a hernia datar de 12 horas e si sobretudo os meios medicos já tiverem sido empregados por outros cirurgiões, devereis proceder á taxis com o chloroformio, e na falta de reducção praticareis então sem demora a operação. O mesmo procedimento deveis ter, quando a hernia já datar de 24 a 36 horas. Passado o terceiro dia, sem que esforços ligeiros, feitos na occasião da anesthesia pelo chloroformio, dêm resultado, deveis abandonar a taxis forçada e proceder á operação.

Foi este o procedimento que tive em relação ao nosso doente. Já fazião tres dias que a hernia tinha-se estrangulado. Diversos meios havião sido empregados por outros cirurgiões sem efficacia. Deste modo entendi que devia proceder sem demora á herniotomia; porém, para que não me ficasse encargo algum de consciencia, e não se dissesse que sem mais exame havia praticado a operação, tratei de chloroformisar o doente,

fiz sobre o tumor algumas manobras para a reducção, e, não alcançando resultado algum, procedi então á herniotomia.

Quando o tumor herniario apresentar-se vermelho, e demasiado quente, ou com temperatura baixa e algumas phlyctenas, é signal de que o intestino se acha compromettido em sua integridade, e não deveis lembrar-vos de praticar a taxis ; porquanto, nestas condições, é possivel reduzir um intestino perfurado, que deixará cahir as materias respectivas na cavidade peritoneal, e estas despertarão uma peritonite mortal.

Ainda mesmo que com a taxis tenhais, senhores, alcançado a reducção das visceras herniadas, nem por isso podeis sempre contar que o vosso doente se ache ao abrigo de alguns accidentes, que terão já de incommodal-o, já de fazêl-o correr os maiores perigos, ou mesmo de lhe causar a morte.

As lesões inflammatorias desenvolvidas no sacco ou nas visceras podem depois da reducção, ou mesmo antes, propagar-se á toda a serosa peritoneal, e adquerir tal grão de intensidade, que o doente venha a fallecer no fim de 12 a 24 horas. Quando as cousas tendem para este resultado, observa-se então que o tympanismo abdominal augmenta consideravelmente, o pulso torna-se de mais a mais frequente e filiforme, a sêde insaciavel, a temperatura do corpo muito baixa, o suor frio e viscoso, terminando tudo por anciedade consideravel, vomit s e soluços.

Em alguns casos, esses symptomas são a expressão da transformação do estrangulamento externo em interno. Nestas circumstancias, a reducção tem sido em massa, assim como foi observado algumas vezes por Dupuytren, e o agente constrictor acompanha o intestino e é levado com este para o interior do ventre.

Os effeitos do estrangulamento, em logar de diminuirem e desapparecerem completamente no fim de poucas horas, como sóe acontecer logo que as visceras reduzidas se achão em boas condições, e a peritonite não se tem generalisado, pelo contrario

persistem e augmentão de intensidade, até que por fim o doente vem a fallecer. A constipação continúa rebelde ao purgativo de exploração, e já por este signal, já pela persistencia da dôr em um ponto fixo da fossa iliaca interna, e pela existencia de um tumor nesta região, podeis, ou póde o cirurgião desconfiar da reducção em massa e empregar os meios indicados em semelhantes condições. Mas, como comprehendeis, a vida do vosso doente acha-se aqui nimiamente compromettida, já pelo estrangulamento em si, já pela operação a que o tendes de submetter. Felizmente esse accidente é raro e produzido mais vezes pelos proprios doentes, do que pelo cirurgião que sabe praticar as manobras da taxis com cuidado e debaixo das regras apropriadas.

Não tendo depois da chloroformisação e das manobras da taxis podido reduzir a hernia do nosso doente, resolvi praticar a operação da herniotomia. Esta operação, chamada tambem desafogamento ou kelotomia, foi, como já vos disse, imaginada e posta em pratica, a primeira vez, por Pedro Franco, celebre cirurgião provençal. Todos os outros cirurgiões que lhe succedêrão, a adoptárão sem contestação, e procurárão sómente regularisal-a, de modo a darem em resultado o processo chamado ordinario ou geral.

Eis pouco mais ou menos o processo que eu segui, e que deveis executar nos doentes que estejão nas mesmas condições do que foi aqui operado.

O nosso doente já se achava deitado na posição conveniente para a taxis, debaixo da influencia do chloroformio, com que procurei ainda uma vez obter a reducção da hernia. Estava já preparado o apparelho chamado —instrumental. Este apparelho compunha-se de bisturis convexos, ponteagudos e de botão, de tenta-canula, pinças, tanaculos, fios, ataduras phenicadas circulares e em T, alfinetes, fios metallicos, esponjas e bacias com agua phenicada morna e fria.

Dispuz os ajudantes, sendo um para me dar os instrumentos, outro para me ajudar na dissecção, o terceiro para administração do chloroformio, e necessitaria de dous outros para susterem o doente, caso julgasse conveniente, em consequencia da oppressão do pulso, abster-me do emprego dos anesthesicos.

Pratiquei a operação em quatro tempos. No primeiro, formando uma préga na pelle correspondente ao pediculo do tumor, fiz com que o distincto professor e meu amigo o Sr. Dr. Motta Maia segurasse em um extremo della, emquanto que eu com a mão esquerda sustinha o outro. Tomando então o bisturi convexo pratiquei no centro dessa préga uma incisão que se estendia, tanto acima como abaixo do pediculo do tumor, na distancia de 4 a 5 centimetros, comprehendendo a pelle e o tecido cellular subcutaneo. Em seguida foi desfeita a préga cutanea, e, introduzindo a tenta-canula por baixo das camadas successivas de tecido, fiz correr o bisturi pelo rego respectivo, de modo a dividil-as, ora indo de baixo para cima, ora de cima para baixo, segundo a facilidade que encontrava na introducção da tenta-canula. Nesse tempo da dissecção, quando a tenta-canula tem penetrado por entre as tunicas do tumor, é preciso passar o dedo sobre ella, como devieis ter notado, para que possamos ficar certos de que sobre a canula não se acha mais do que uma das tunicas que envolvem o tumor, e não se corra o risco de abrir o sacco e com elle as paredes do intestino, caso tenha a tenta-canula penetrado profundamente, e apresente á secção do bisturi uma espessa camada de tecidos. Depois da incisão das camadas adventicias e proprias do tumor, cheguei ao sacco. A sua presença revelou-se-me por um tecido mais escuro do que o das camadas sobrepostas; portanto, logo que por esse caracter reconheci que estava perto do sacco, redobrei de precauções, e com os dous dedos da mão esquerda fiz pequenas prégas nos tecidos do fundo da solução de continuidade, afim de ver se abaixo della ainda existia outra camada ou tunica, cuja presença então se revela por alguma tensão ou resistencia

abaixo da préga praticada. Quando por esse meio não encontra-se embaixo uma camada de tecido tenso ou resistente, é signal de que temos o sacco debaixo da vista, e então passa-se ao segundo tempo da operação, o qual consiste na abertura do sacco.

Para praticar esta abertura, levei a tenta-canula á parte inferior da superficie sangrenta, ou correspondente ao corpo do tumor, e depois de algum esforço penetrei as paredes do sacco. Em seguida alarguei a abertura com a mesma tenta-canula, e com uma tesoura cortei o sacco desde a parte inferior até á superior, tendo, desde que cheguei com a tenta-canula ao sacco, sahido do interior deste cerca de 30 a 60 grammas de serosidade sanguinolenta.

Em algumas circumstancias, o cirurgião não póde penetrar com a tenta-canula no sacco por causa da espessura que este apresenta, e então poderá agarrar com a pinça uma pequena parte do sacco, e com um bisturi collocado horizontalmente ao tumor praticará um córte, ou solução de continuidade, na porção presa pela pinça, por onde introduz a tenta-canula, e pelo rego desta corre o bisturi até completar tanto em cima como em baixo a abertura do sacco. As maiores difficuldades consistem na falta absoluta de liquidos no interior do sacco, de modo que o cirurgião póde correr o risco de ferir o intestino. Mas, em regra geral, o sacco contém uma porção mais ou menos abundante de serosidade, quer limpida quer sanguinea, ou coalhos de sangue.

No interior do sacco herniario do nosso doente havia algumas grammas de serosidade sanguinolenta, bem como coalhos sanguineos que achavão-se depositados no fundo do sacco, e de envolta com a aza intestinal alli contida.

J. L. Petit, de accordo com as doutrinas que reinavão em seu tempo a respeito do estrangulamento, eliminava este segundo tempo da herniotomia, e logo que tinha dividido as camadas do

tumor até ao sacco, separava este de todos os tecidos com os quaes havia contrahido adherencias, e depois de cortar o annel externo procedia á reducção das visceras herniadas alli contidas.

Não ha duvida de que algumas vezes, por este processo, póde-se obter a reducção com mais facilidade; porquanto a pressão exercida sobre o annel constrictor obra com mais intensidade, todavia não convém empregal-o senão excepcionalmente pelo risco que se corre de reduzir o intestino em más condições.

Depois da abertura do sacco, retirei os coalhos sanguineos, e deixando o intestino a sêcco, passei então a praticar o desafogamento, que constitue o terceiro tempo da herniotomia.

Antes disto porém examinei o estado da aza intestinal, e procurei ver si não havia alguma excoriação, ou lesão das suas respectivas tunicas. Não deveis dispensar todo o cuidado a este respeito.

Para fazer o desafogamento levei o dedo indicador, com a face palmar para cima, ao ponto mais apertado do sacco, e procurei separar completamente o intestino do contorno do annel constrictor. Alguns cirurgiões, como o professor Gosselin, dirigem a face palmar do dedo indicador para baixo de encontro ao intestino, eu porém sirvo-me da posição contraria, porque sinto melhor si ha alguma parte do intestino em contacto com o annel constrictor. Seja como fôr, logo em seguida a essa exploração, levei com a mão direita um bisturi de botão, collocado horizontalmente, ao dedo que estava de encontro ao annel, e que servia para proteger o intestino, e chegando com elle á profundidade necessaria voltei o gume para cima, e pratiquei uma incisão de dous ou tres millimetros de profundidade.

E' preciso, nestas condições, que o ajudante conserve tenso, ou sustente as bordas divididas do sacco junto ao collo, para que este não escape ao dedo do cirurgião na occasião do desafogamento.

Feita a incisão, levei o dedo mais profundamente para apreciar o grau de dilatação do agente constrictor, e ver se não existia alguma outra constricção mais elevada.

A incisão deve em geral ser praticada ao lado externo do annel constrictor. Se não é sufficiente uma só incisão, podem-se praticar duas e tres como aconselhava Vidal de Cassis.

No doente de nossa observação pratiquei tres incisões ao lado externo do collo do sacco, e é geralmente neste ponto que se deve fazer a incisão, para nos livrarmos do ferimento da arteria epigastrica. Ha cirurgiões que não têm praticado muitas vezes a herniotomia, e que theoricamente apresentão grande receio a respeito do ferimento dessa arteria. Tenho praticado diversas operações de herniotomia, e visto o professor Dr. França praticar muitas outras sem que nunca se tivesse dado um só caso de ferimento semelhante.

E' entretanto conveniente observar sempre a direcção ou trajecto percorrido pela hernia. Se esta tem seguido a direcção do canal inguinal, o que é mais commum, a incisão deve ser ao lado externo, e só nos casos raros em que ella é directa, é que deve-se fazer a incisão para o lado interno.

Com a primeira incisão que pratiquei não pude alcançar uma dilatação sufficiente para reducção da aza intestinal, e pois pratiquei duas ou tres, tendo sempre o cuidado de guial-as por meio do dedo.

Maisonneuve não se serve do dedo para guiar o bisturi, porém sim de uma tenta-canula de rego bastante profundo, de modo a admittir o bisturi sem risco de ferimento do intestino.

Pott e outros cirurgiões havião inventado diversos bisturis para esse fim; mas hoje o cirurgião serve-se de um bisturi apenas obtuso em sua ponta, e o guia seguramente com o dedo.

Si não existe constricção mais alguma acima da parte incisada do collo do sacco, o cirurgião, como vistes fazer, traz a aza

intestinal pora fóra, e observa os effeitos produzidos pelo estrangulamento, e passa á reducção, que constitue o *quarto tempo* da operação. Quando a aza intestinal se acha em perfeito estado, ou conserva a sua tensão e temperatura normaes, sem ter a menor solução de continuidade, deve-se laval-os com agua morna para retirar os coalhos sanguineos que por acaso possão envolvel-os, e tratar de recolhel-os ou reduzil-os.

A côr mais ou menos vermelha, rôxa ou escura do intestino não deve ser motivo de hesitação para vós, quando se tratar da reducção, logo que a aza intestinal conservar-se intacta, com a tensão e temperatura normaes.

Como sempre o extremo superior da aza intestinal se acha por causa de seu peso abaixo do extremo inferior, é pela porção inferior da aza que deve-se começar a reducção, e ao passo que formos repellindo para dentro o extremo respectivo, com a mão opposta sustentaremos o outro extremo da aza. Procede-se pelo mesmo modo, ou successivamente, até que toda a aza intestinal tenha sido recolhida.

Algumas vezes, como já tenho visto, o cirurgião experimenta grande difficuldade em reduzir a aza intestinal, e se não existir, nestes casos, embaraço algum acima do collo do tumor, é preciso ou dilatar mais esse collo, ou proceder á reducção com lentidão e regularidade.

Na reducção da hernia do nosso doente não encontrei grande embaraço. Depois das tres incisões do collo do sacco, cuja constricção era tal que não permittia a introducção da extremidade unguial senão depois de algum esforço, a aza intestinal foi impellida pouco a pouco para o interior do ventre, até completar-se a sua reducção.

E' preciso, depois da abertura do sacco em uma hernia estrangulada, que examineis com o mais minucioso cuidado, como acabei de dizer-vos, o estado em que se achão as visceras herniadas. Em certas circumstancias tereis, antes de reduzir, de

proceder a certos cuidados, de lançar mão de operações preliminares, e em outras tereis de deixar, ou deveis abandonar a reducção das viceras herniadas. Acontece algumas vezes que o cirurgião, ou por pequeno descuido, ou pelas circumstancias ou estado particular da hernia, tenha ferido o intestino. Em semelhantes casos, depois de aberto o sacco, e encontrada a lesão que produzistes, é necessario antes da reducção que passeis alguns pontos de costura, segundo o methodo de Gely.

Ainda não tive occasião de encontrar nem de observar accidente algum desta ordem; porém já se têm dado na pratica de alguns cirurgiões, e é necessario portanto que conserveis em lembrança o procedimento a seguir em casos identicos.

Outras vezes o intestino apresenta-se excoriado, com erosões, ou superficialmente destruido ou compromettido, não só em sua tunica serosa, como tambem na tunica mucosa, de modo que ha um ou mais pontos nos intestinos em que as paredes respectivas não têm a espessura normal. Nestes casos os cirurgiões aconselhão que se deixe o intestino no exterior, para que possa realizar-se a eliminação dos restos que se achão compromettidos da parede intestinal, e a aza respectiva fique reparada naquelles pontos á medida que recolher-se progressivamente. Mas deveis proceder nestes casos ao desafogamento do annel fibroso ou constrictor, que deu logar ou produzio o estrangulamento, afim de que não haja embaraço na circulação das materias intestinaes.

Em alguns casos, em logar dessas erosões, ou pequenas soluções de continuidade, existem no intestino algumas perforações, e em semelhantes condições o professor Velpeau é de parecer que se deve reduzir o intestino; mas alguns cirurgiões já tem observado que essas perfurações podem persistir, e dar passagem para a cavidade peritonial ás materias intestinaes de que pode resultar uma peritonite mortal.

Em virtude disto não tenho receio de dar o conselho de não reduzir-se a aza intestinal, e comprehendeis que este procedimento

é tanto mais admissivel quanto muitas vezes as perfurações manifestão-se no ponto correspondente ao estrangulamento, ou na parte que foi abraçada pelo annel fibroso. E si acaso, em verdade, as perforações existirem nesse ponto, e dilatarmos o annel fibroso, o intestino póde recolher-se immediatamente, sem que a união das soluções de continuidade tenha-se estabelecido, e d'ahi resulte um derramamento para a cavidade peritoneal. Factos desta natureza já tinhão sido observados desde o tempo de Arnaud, que aconselhava que nestas condições se incisasse o intestino simultaneamente com o annel, de modo a comprehender tambem as paredes de um e outro orgão: não era então sómente o annel fibroso que soffria a dilatação, porém tambem comprehendia-se na incisão respectiva a parede intestinal de modo a desafogal-a até certo ponto. Si na verdade uma ou muitas incisões pequenas, que interessassem a parede intestinal e o contorno do annel fibroso, podessem ser sufficientes para alargar os intestinos e facilitar a passagem das materias intestinaes, não deverieis abandonar inteiramente esse processo. Mas as paredes intestinaes se retrahem de novo com facilidade, e não deixão estabelecerem-se adherencias nos pontos incisados, havendo possibilidade de derramamento para a cavidade peritoneal, se existir alguma perfuração acima do annel constricto. Em virtude disto o professor Gosselin tem aconselhado que não se dilate o annel, e si o intestino apresentar uma grande perda de substancia, procure-se dilatar com o dedo os dous extremos do intestino, que se achão abertos ao nivel do collo do sacco.

Com este fim leva-se o dedo ao interior do intestino, e procura-se alargal-o. Si as materias intestinaes sahirem com facilidade, tudo se achará concluido. Si, pelo contrario, ellas não tiverem facil sahida, deve-se então dilatar o annel fibroso, e deixar o intestino no exterior, esperando que se tenhão estabelecido adherencias salutares entre o intestino e o annel fibro-seroso do sacco, as quaes impeção a passagem das materias intestinaes para

a cavidade peritoneal. Não tenho facto algum deste genero para vos referir, e decidir por isto a questão pelo modo que me parecesse melhor; entretanto, procedereis por qualquer desses meios, segundo as vossas inspirações e o estado em que se acharem os intestinos.

Si a aza intestinal apresentar-se murcha, fria, e com os primeiros indicios de gangrena, haveria, como comprehendeis, perigo enorme, e seria provavel ou certa a morte do vosso doente se reduzisseis a aza intestinal. Deveis, pois, dilatar o annel fibroso, e deixar aquelle no exterior, para que a eliminação das partes mortificadas se realize, e possa formar-se um anus anormal ou uma fistula estercoral, segundo a extensão da perda de substancia, que em virtude da mortificação, tem soffrido o intestino.

A hernia, como sabeis, não é em todos os casos formada sómente por intestinos. Algumas vezes com estes encontra-se uma porção mais ou menos consideravel de epiploon, constituindo a hernia chamada entero-epiploica.

O que devemos fazer com o epiploon encontrado no sacco herniario?

Si a porção de epiploon, á vista, é pequena e acha-se em condições quasi normaes, ou apenas um pouco mais vermelha ou engorgitada do que nas condições physiologicas, não trepidareis em proceder á reducção respectiva. Si entretanto essa mesma pequena porção de epiploon achar-se bastante inflammada, com algumas placas esbranquiçadas, denotando um começo de suppuração, ou infiltração purulenta, não devemos de modo algum reduzil-a. Convém deixal-a no exterior, e esperar a sua eliminação, ou então fazer a excisão ligando as arterias á medida que forem divididas. Adiante mostrar-vos-hei que este ultimo conselho foi-me fatal na primeira operação de hernia que pratiquei, pelo que resolvi nunca mais pôl-o em pratica. Portanto o meu parecer é deixar antes o epiploon no exterior do que recolhel-o, a menos que elle se ache em estado quasi normal; porquanto já vos

disse que a côr escura ou de um vermelho intenso apresentada pelo epiploon não é condição que vos faça recuar perante a reducção.

Mas supponde que existe uma porção tão consideravel de epiploon, que a reducção seja não só difficil, como possa dar em resultado a propagação da inflammação, que alli existe, á serosa do ventre. Em taes casos o cirurgião poderá ligar o epiploon, ou empregar a cauterisação, ou excisal-o, ou então abandonal-o no exterior.

Qual destes meios é o melhor ?

A ligadura do epiploon tem sido feita muitas vezes, mas alguns cirurgiões a julgão, e eu tambem a considero como uma das causas mais efficazes da peritonite e da morte dos individuos operados de hernia estrangulada entero-epiploica.

Em 1862 fui chamado para ver uma pessoa respeitavel, a qual sofiria de uma hernia reductivel que, depois de um jantar composto de algumas substancias indigestas como fossem couves, repôlho, etc., tinha sahido e não pudera mais ser reduzida. Já havião decorrido sete horas depois do accidente. Tentei todos os meios indicados para os casos de inflammação herniaria, e, não tendo no fim de cinco horas obtido nenhum resultado, chamei alguns collegas para me ajudarem no emprego dos meios cirurgicos que tinha de pôr em pratica, e com effeito depois de haver administrado o chloroformio procedi ás manobras da taxis. Os meus esforços e os dos Drs. Nunes da Costa e Bustamente Sá forão inuteis para a reducção, pelo que passei a praticar a herniotomia.

Tratava-se de uma hernia entero-epiploica. Reduzi o intestino, e, como a porção do epiploon era muito consideravel, e se achava bastante engorgitada e congesta, resolvi fazer a ligadura em massa e excisal-a. O doente nas primeiras 24 horas depois da operação passou perfeitamente bem ; porém, como não podia conservar a posição que lhe tinha sido dada, pedio-me que o deixasse mudal-a. Achando-o sem peritonite e sem febre, permitti a mudança

que elle solicitàra; infelizmente, porém, abusou da minha permissão, e, em logar de voltar-se para um dos lados, tomou a deliberação de sentar-se no leito. Em virtude disto, não decorrêrão mais de 3 a 4 minutos que esse doente não fosse acommettido de uma peritonite geral, que terminou pela morte no fim de 24 horas.

Já vêdes pois que a ligadura e a excisão do epiploon podem fazer no fim de algum tempo, quando ainda não se tenhão estabelecido adherencias sufficientes, com que este orgão recolha-se para o interior do ventre, e possa desta maneira dar logar a que uma porção das materias que banhão a superficie da incisão caia na cavidade peritoneal, e desperte ahi uma inflammação violenta. A' vista disto não tenho mais empregado nem a ligadura e nem a excisão.

A cauterisação foi muito preconisada por Bonnet e Desgranges, de Lyon, mas a difficuldade que se encontra de limitar a acção desse meio ás partes onde é applicado, tem feito com que outros cirurgiões apresentem receio de empregal-o em semelhantes casos. Já em um doente o cauterio applicado sobre o epiploon trouxe a destruição do cordão testicular, e parece-me que, independente disto, póde acontecer que a reacção despertada alli possa propagar-se ao peritoneo, e determinar por este meio uma inflammação na serosa respectiva, que se torne fatal, sem que em todo o caso esteja provado que este meio seja preferivel a qualquer dos outros que indiquei.

Os cirurgiões têm tambem apresentado algum receio em relação ao abandono do epiploon na ferida, sob o pretexto de que os individuos não só com mais frequencia soffrem a reproducção das hernias, como tambem sentem dôres e tracções ao longo do canal inguinal ou na região hypogastrica, que podem obrigal-os a curvar-se para diante; mas as observações de Robert, Larrey, Jobert de Lamballe e de Gosselin têm deixado bem comprovado que esses factos não são reaes ou não passão de

meras conjecturas, e que os individuos não correm risco algum de peritonite como quando se reduz o epiploon, e não apresentão nenhum dos accidentes que ha pouco indiquei.

A' vista disto o unico preceito cirurgico é deixar o epiploon no exterior.

Como deve-se tratar a ferida do doente operado de hernia estrangulada? Dous methodos achão-se em campo e em luta ha muito tempo. O primeiro consiste em deixar a ferida aberta e fazer o curativo classico por meio de applicação de panno crivado, fios, compressa, e uma atad ura em T destinada a sustentar o apparelho. O outro processo defendido pelo professor Nelaton e outros cirurgiões, consiste em fazer-se a costura da ferida em toda a sua extensão. Qual é o melhor destes methodos?

N'esse doente eu segui ou abracei o segundo methodo, como sempre o tenho feito em todos os doentes operados de hernia; com a differença que empreguei as ataduras e peças do curativo segundo o methodo antiseptico de Lister.

Dizem os partidarios do primeiro methodo que pelo segundo ha possibilidade de que as materias contidas e accumuladas no sacco se dirijão para a cavidade peritoneal; mas póde-se obviar este inconveniente deixando o cirurgião, como fiz, um tubo de drainage na parte inferior da ferida para sahida facil das materias para o exterior.

Quando encontro uma hernia estrangulada cuja aza intestinal acha-se nas melhores condições possiveis, emprégo pois a costura no curativo da ferida. Quando pelo contrario a aza intestinal apresenta-se em estado que me faça receiar algum processo morbido nas suas paredes, ou a manifestação de alguns phenomenos que possão terminar pela perfuração, faço a reducção, mas procedo ao curativo sem costura da ferida, e levado por estas considerações foi que aqui executei o segundo methodo de preferencia ao primeiro. Devieis com effeito ter notado que a aza intestinal

de que se compunha a hernia no nosso doente achava-se nimiamente rubra, infiltrada de sangue, e em alguns pontos coberta de coalhos que a ella adherião intimamente, mas não havia indicio de que a tunica peritoneal respectiva se achasse alterada.

Depois de feito o curativo indicado, o doente foi collocado convenientemente no leito, e por baixo dos joelhos fiz passar um travesseiro afim de ter as pernas em flexão sobre as côxas.

Como o doente tinha tido alguns vomitos durante o tempo em que lhe forão administrados os purgativos tanto fóra como aqui no hospital, prescrevi-lhe depois da operação um purgante de oleo de ricino, se acaso no fim de algumas horas não evacuasse.

Entretanto, fizerão-lhe a administração immediatamente, e dahi resultou-lhe que as evacuaçõs tornárão-se frequentes, e augmentárão a prostração em que elle se achava; todavia, quando no fim de 24 horas ou no dia seguinte o vi de novo, observei que a peritonite com que já se achava antes da operação não tinha adquirido maior desenvolvimento, nem o estado geral do doente inspirava maior cuidado ou era mais grave.

Alguns cirurgiões costumão, assim como eu fiz, administrar depois da operação da herniotomia um purgante. Commummente entre nós administra-se o oleo de ricino. Outros pelo contrario procurão administrar substancias que deixem os intestinos em condições taes que cessem por assim dizer de funccionar durante certo tempo.

Os que administrão os purgativos são levados pela consideração de que a derivação estabelecida, debaixo da influencia desses meios, diminue a intensidade da peritonite, caso já se tenha desenvolvido, e nos deixa desde logo convencidos de que se acha em boas condições a continuidade dos intestinos. Os seus adversarios dizem, pelo contrario, que o emprego dos purgativos colloca os doentes em condições mui perigosas, e favorece ao mesmo tempo quaesquer manifestações que possão ter lugar para os intestinos. Assim, si existe uma pequena perfuração que passou

desapercebida no momento em que se procedeu á reducção, ella, com os movimentos intestinaes, póde dar passagem as materias respectivas para a cavidade peritoneal, antes de se terem estabelecido adherencias salutares.

Manifestar-se-hia então a mesma cousa que succedeu a um individuo que entrou no dia 11 de Setembro para esta enfermaria: devieis ter notado com effeito que o individuo a que me refiro e que occupa o leito n. 27 entrára ante-hontem com uma ferida penetrante no ventre. Soffria de uma constipação que datava de tres dias, e resistia ao emprego dos purgativos, pelo que fiz-lhe então administrar 30 grammas de oleo de ricino, levado pela consideração de que, não apresentando elle phenomenos graves para o lado do ventre, não haveria inconveniente algum na administração desse meio; porém depois do emprego do oleo de ricino, sem que se tivesse alcançado resultado melhor do que nas outras occasiões, estabeleceu-se para a ferida um corrimento de materias fecaes, e liquidas, de onde resultou uma peritonite de que provavelmente tem de fallecer ao cabo de algumas horas.

Póde com effeito acontecer a mesma cousa depois da operação da hernia estrangulada: uma perfuração, ou a separação de um disco gangrenoso que se fórme ou exista na aza intestinal, póde ter logar, e deixar passar as materias do intestino para a cavidade peritoneal.

Os adversarios das preparações opiadas dizem, por outro lado, que os individuos debaixo da influencia de taes applicações e quando já soffrem de peritonite, pódem tér maior desenvolvimento de gazes que lhes augmentem a oppressão, ou a anciedade.

Em virtude portanto das razões agitadas de um e outro lado, e que levão a suppôr que tanto os purgativos como as preparações opiadas têm inconvenientes, alguns cirurgiões, como o professor Gosselin, não fazem administração de substancia alguma, e ficão na espectação.

Eu procedo nestes casos pelo modo seguinte: quando trato de uma hernia estrangulada cuja aza intestinal não apresenta indicios de alteração grave, quer primitiva quer consecutiva, ou na occasião ou para o futuro, e que o individuo soffre ha dias de prisão de ventre, para ter certeza de que se estabeleceu a continuidade do intestino, emprégo os purgativos. Quando pelo contrario já existem alguns phenomenos de peritonite, e que ha concentração do pulso e fraqueza organica, não emprégo os purgativos e lanço mão de preferencia das preparações opiadas, mandando dar um centigramma do extracto gommoso de opio em pilulas de 3 em 3 horas.

Debaixo da influencia desta medicação estabelece-se a constipação do ventre, e não ha receio de que por causa della a peritonite augmente de intensidade. Combatida esta convenientemente pelas cataplasmas de pomada mercurial e pelos calomelanos em dóses fraccionadas, a anciedade que os doentes podem apresentar com o opio cessa com facilidade.

Foi levado por estas razões que eu empreguei o oleo de ricino depois da operação do nosso doente. Sob a influencia desse meio, as evacuações forão abundantes. Já vos disse que havia recommendado que só dessem-lhe o oleo de ricino si esse doente não evacuasse no fim de algumas horas ; mas não forão exactamente cumpridas as recommendações, e dahi resultou que o doente teve evacuações abundantes.

No dia seguinte não havia diminuido a peritonite de que elle soffria mesmo antes da operação. O ventre com effeito apresentava-se tympanico e volumoso. A respiração anciosa, a temperatura do corpo ainda abaixo da normal, as extremidade frias, o suor abundante, a sêde intensa, e o pulso a 140. Não me restava porém a menor duvida de que a communicação dos intestinos estava livre e desembaraçada. Em presença então do estado que acabei de indicar, prescrevi internamente os calomelanos associados aos pós de Dower, e localmente fomentações de pomada

mercurial e belladona, cataplasma de linhaça ao ventre logo depois da fomentação. O doente passou quasi no mesmo estado por espaço da 4 dias pouco mais ou menos. Por fim a inflammação foi pouco a pouco diminuindo, e as pulsações passando de 140 a 96. O estado local não apresentava indicio algum máo, e a ferida tendia á cicatrização. Com effeito, esta estabeleceu-se gradualmente, o sacco cobrio-se de granulações que forão-se retrahindo e concentrando-se, até que no fim de um mez a ferida estava cicatrizada.

Notarieis sem duvida que, depois que a peritonite diminuio e chegára á completa resolução, apresentou-se do lado direito ou correspondente á hernia, acima da fossa iliaca, um empastamento que não comprehendia a pelle, mas parecia achar-se abaixo della, e que era perfeitamente limitado por meio dos dedos. Ao mesmo tempo o doente foi accommettido de soluços por muitos dias, os quaes resistirão ao ether, etc., e cederão ás preparações opiadas.

Attribui esse empastamento e soluços, empastamento que parecia ser profundo, á inflammação do peritoneo e do tecido cellular sub-peritoneal, que se concentrára naquelle ponto.

Mas por meio de cataplasmas, vesicatorios volantes e de fomentações com a pomada mercurial, tive a felicidade de ver desapparecer esse empastamento ou tumefacção, e o individuo ficar restabelecido no fim de 31 dias.

Nem sempre, meus senhores, podeis contar com tão bom resultado depois da herniotomia reclamada por uma hernia estrangulada. Algumas vezes o intestino na parte correspondente á ferida deixa no fim de alguns dias passar por um pequeno orificio ou perfuração que alli se tenha estabelecido as materias nelle contidas, de modo a resultar uma fistula estercoral ou anus anormal. Felizmente algumas adherencias salutares têm-se estabelecido entre os intestinos e a face interna das paredes do ventre, e não permittem em taes casos que essas materias caião na cavidade peritoneal. Outras vezes porém as adherencias ou

ainda não existem ou são nimiamente fracas e limitadas, ou então a eschara, donde resulta a perfuração, existe ao mesmo tempo em outros pontos, de modo que nos movimentos intestinaes aquellas se rompem, e as materias respectivas cahem no ventre e provocão uma peritonite mortal. Esta em outros casos se estabelece debaixo da influencia do estrangulamento herniario, e adquire uma intensidade extraordinaria, de modo que o doente vem a fallecer no fim de algumas horas. A physionomia retrahe-se de mais a mais; a pelle cobre-se de suor frio e unctuoso; as extremidades resfrião, como as dos cholericos, a darem logar algumas vezes a duvidas ou a enganos de diagnostico quando não se procede a exame conveniente; e o pulso torna-se nimiamente fraco e excessivamente frequente. O individuo póde ser accommettido de vomitos biliosos, e cahe em tal prostracção que fallece em poucas horas. Este é o accidente mais frequente e terrivel nos casos de estrangulamento herniario em que se tem praticado a herniotomia.

Outros doentes se restabelecem da operação, mas soffrem de tempos a tempos prisão de ventre, por tal sorte rebelde que é necessario algumas vezes abrir o ventre, e praticar a operação do anus anormal, de maneira a indicar que tem-se estabelecido na aza intestinal um tal embaraço ou obliteração que não podem passar as materias intestinaes.

Já o professor Nelaton teve um caso dessa ordem, que terminou pela morte, e alguns outros cirurgiões têm observado que debaixo da influencia do estrangulamento a capacidade do intestino póde diminuir, de modo que o individuo curando-se da hernia venha a soffrer de prisão de ventre, a qual exige a intervenção do cirurgião, quando não se dá um *ileus* tão rebelde e grave que possa causar a ruptura do intestino e permittir a passagem das materias para o interior do ventre.

Em alguns casos tem-se feito a reducção de uma aza intestinal que soffria uma constricção ao nivel do orificio interno, e

continuão-se por este modo a observar os phenomenos do estrangulamento como já aconteceu aqui na clinica.

Maisonneuve e outros cirurgiões em casos semelhantes têm aberto de novo a ferida e extrahido a aza intestinal, afim de destruir o agente do estrangulamento. Si já têm-se estabelecido algumas adherencias entre o ventre e a aza intestinal, esta é aberta, de modo a estabelecer-se o anus artificial.

Outras vezes a ferida póde-se complicar de erysipela, de fleimão e de outros accidentes muito graves; porém o mais commum é a peritonite desenvolvida, quer sob a influencia do estrangulamento, quer pelo derramamento de materias intestinaes.

Quando entretanto o individuo achar-se com a ferida cicatrizada solidamente, é preciso que elle tenha uma funda applicada ao canal inguinal. Contrario à toda previsão, a hernia se reproduz, ou desce, como d'antes, pelo canal inguino-escrotal e póde de novo estrangular-se. Entretanto, não é commum o accidente.

Eu não tenho, meus senhores, esgotado ainda as considerações que devia fazer-vos a respeito das hernias inguino-escrotaes; porém deveis estar fatigados, e portanto termino aqui pedindo a vossa attenção para os dous factos que mencionei nestas conferencias. E' preciso que trateis sempre de ver nas operações si o agente do estrangulamento é constituido pelo collo do sacco, e si as hernias podem-se estrangular por causa de accumulação de materias fecaes, assim como erroneamente ainda pensão alguns cirurgiões entre nós.

SEPTUAGESIMA SEXTA LIÇÃO

OCCLUSÃO INTESTINAL. ENTEROTOMIA

SUMMARIO: — Historia de um doente que soffreu a operação da enterotomia em virtude de uma occlusão intestinal.—Estado em que elle se achava quando entrou para a enfermaria. —Nomes diversos pelos quaes se tem designado a occlusão intestinal.—Lesões ou causas que poderião ter determinado a sua manifestação no doente.—Razões pelas quaes não poderia ser attribuida aos tumores abdominaes e pelvianos, aos estreitamentos intestinaes propriamente ditos, a adherencias e a pregas fibrosas, a certos corpos estranhos, nem á obstrução por materias fecaes e a formações valvulares.—Só era possivel a occlusão por invaginação.—Difficuldades que offerece o diagnostico entre occlusão por invaginação e por formação valvular.—Necessidade clinica do reconhecimento da séde da occlusão.—Meios indicados com esse fim por Laugier. —Consequencias da occlusão ou do estrangulamento intestinal interno.—Indicação urgente para a operação no caso observado.—Execução da enterotomia.— Effeitos immediatos. — Phenomenos observados desde o dia da operação até á cicatrização da ferida. — Indicação de um outro caso em que o resultado fôra igualmente favoravel.—Não ha necessidade de encarecer as vantagens da enterotomia.—Periodo da molestia em que a sua execução póde salvar os doentes.—Não ha difficuldade na execução.

MEUS SENHORES,

Vai ter alta o individuo que ha dous mezes e meio soffreu a operação da enterotomia reclamada por um estrangulamento interno ou occlusão intestinal.

Muito notavel foi o interesse que todos vós tivestes por este caso, e é natural que desejeis possuir todas as informações concernentes á historia do doente, e ás vantagens verdadeiramente favoraveis obtidas mediante a intervenção cirurgica.

Ha dous mezes e meio o individuo, que hoje vêdes no gozo de uma boa saude, achava-se ás portas da morte, e o seu restabelecimento não foi devido senão á decisão prompta e activa que tomei para recorrer a um meio operatorio, cuja indicação não é apreciada convenientemente pelos nossos melhores cirurgiões.

O doente em questão é um individuo de 28 annos de edade, solteiro, brazileiro, de temperamento lymphatico e de constituição

fraca. Elle entrou para esta enfermaria no dia 26 de Julho (1876), e referiu-me que, ha um mez mais ou menos, as suas evacuações se tornárão difficeis e menos abundantes que de ordinario e ao mesmo tempo que essas irregularidades forão gradualmente augmentando, dôres vivas e diffusas se fizerão sentir em todo o ventre, impossibilitando-o de continuar em seu serviço de copeiro. Em taes condições fez uso de alguns purgativos, e conseguiu algumas melhoras, mas por espaço de oito dias antes de entrar para o hospital nada houve que lhe fizesse evacuar.

Eis aqui o estado em que se achava esse doente quando o vi pela primeira vez na enfermaria: os traços physionomicos se achavão profundamente alterados e denotavão soffrimentos atrozes, aliás accusados por gritos e gemidos incessantes; havia agitação extrema, de modo que o doente no curto espaço de 5 minutos tomava todas as posições e attitudes imaginaveis; a dyspnéa e sentimento de oppressão thoracica erão consideraveis; o ventre estava distendido no maximo, apresentando sulcos e elevações correspondentes ás circumvoluções intestinaes, ampliadas grandemente por gazes e materias liquidas attestadas por borborygmos frequentes e espontaneos; de tempos a tempos suores frios cobrião a face e as extremidades; o ventre se achava tympanico e nimiamente sensivel á pressão; os labios estavão seccos, a lingua saburrosa no dorso e vermelha nas bordas e ponta; a sêde era intensa, havia anorexia e vomitos de tempos a tempos, constituidos por materia amarellada e algumas vezes de côr esverdinhada.

O pulso estava a 105, pequeno e concentrado; a temperatura era de 38,5 gráos. A respiração estava offegante, fazendo perceber pela escuta estertores sub-crepitantes e diffusos, principalmente no apice dos dous pulmões. Nada de anormal se notava pela percussão. As ourinas erão pouco abundantes, de côr carregada, mas eliminadas sem difficuldade.

Tal era a situação do doente no primeiro dia em que o observei. A sua historia, e os phenomenos objectivos e subjectivos

que elle apresentava, não me deixavão duvida de que se tratava de um embaraço no curso das materias intestinaes ou do accidente a que se dá genericamente o nome de *ileus, volvulo, colica de miserere, estrangulamento interno, e obliteração ou occlusão* intestinal interna.

Não havia ninguem que podesse desconhecer a natureza da affecção, mas, como sabeis, a occlusão, pelo consenso unanime dos praticos, é o effeito de uma lesão que produz a interrupção no canal alimentar do curso regular dos productos digestivos. Restava pois saber qual seria o agente ou a causa dessa occlusão e em que ponto ou porção do intestino ella tinha a sua séde.

Os tumores abdominaes e pelvianos podem pelo seu desenvolvimento progressivo comprimir os intestinos e produzir a occlusão completa; mas em taes condições a molestia se revela lentamente, e não é difficil descobrir a producção morbida, causa do embaraço do curso das materias intestinaes. Os estreitamentos intestinaes propriamente ditos podem determinar uma occlusão dos intestinos, mas notareis que em taes casos a occlusão se produz lenta e gradualmente, e antes da obliteração tem havido todos os symptomas do estreitamento.

A occlusão por laços ou cordas fibrosas e por adherencias intestinaes ou epiploicas tem sido observada por muitos medicos e cirurgiões; mas para deixar de pensar em semelhante couza, basta lembrar que nas occlusões ou estrangulamentos internos desse genero, o doente accusa como antecedentes uma peritonite, uma enterite ou mesenterite, e a affecção tem uma marcha mais lenta e é precedida de dores devidas á tracções sobre os laços e cordas fibrosas.

A occlusão por vermes, por calculos e por outros corpos estranhos é pouco frequente e é precedida, muito tempo antes, de symptomas proprios, e além disto quando se manifesta a obstrucção, esta não traz uma constipação completa.

A occlusão por formações valvulares, por invaginação e por accumulação de materias fecaes era a unica que poderia dar-se nesse doente, mas a ultima causa não era muito provavel por não se encontrar pela exploração rectal tampão de fezes, e por ter tido o doente dias antes evacuações alvinas sob a influencia do purgativo que lhe fora administrado. A' vista disto a occlusão não poderia depender senão de formações valvulares, ou de alguma invaginação.

Confesso-vos que o diagnostico de toda a occlusão intestinal é extremamente difficil, e a respeito da occlusão por invaginação ou por formações valvulares essas difficuldades são insuperaveis quando não se acompanha o doente desde longa data ou ao menos quando a molestia faz a sua primeira explosão. Devo entretanto observar que, como no doente em questão, a occlusão por invaginamento é precedida de dores abdominaes e de constipação de ventre com ligeira tympanite e pêso na região epigastrica.

Dependesse a occlusão de formação valvular ou de invaginação, o que se tornava tambem muito importante conhecer era a séde do estrangulamento.

A este respeito o professor Laugier fez ver que, quando a occlusão tinha a séde no intestino delgado, a região hypogastrica, tanto á direita como no lado esquerdo era mais depressivel ou flacida do que a região supra ou circum-umbelical, ao passo que quando a occlusão intestinal se achava no grosso intestino, o ventre se apresentava uniformemente distendido, tal como se notava no doente de que me occupo ; portanto, não tive duvida em limitar a séde da occlusão á esta ultima parte do tubo intestinal, e pelo maior volume e distensão do ventre no lado direito me pareceu que a lesão se dava no colon ascendente.

Todos vós sabeis quaes são as consequencias de um estrangulamento interno ou occlusão intestinal, e no doente em questão os symptomas erão gravissimos para acreditar que a terminação seria fatal.

Eu poderia mandar continuar no emprego de algum clyster purgativo drastico, ou dos clysteres d'agua gelada, e na applicação das bexigas cheias de gelo sobre o ventre, como tem sido aconselhado por diversos praticos ; mas alguns casos já tenho observado na clinica de outros collegas, em que todos esses meios forão improficuos e nenhum resultado fôra alcançado com o opio, a belladona e o hydrato de chloral, para ficar tambem com a in-

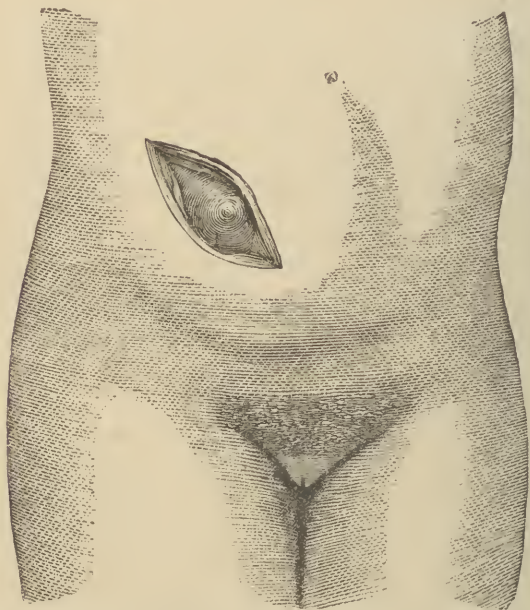



Fig. 84. — Incisão das paredes do ventre na operação da enterotomia, reclamada per occlusão intestinal.

tima convicção que o doente falleceria si eu me demorasse em praticar a enterotomia.

Sem perda de tempo o doente foi conduzido para este amphitheatro, onde em vossa presença procedi á operação pelo modo seguinte: collocado o doente em decubito dorsal com os membros abdominaes em extensão, fiz uma incisão (fig. 84) na direcção da

arcada crural, a qual partindo a 3 centimetros para dentro e para cima da espinha iliaca antero-superior, foi prolongada para fóra na extensão de 8 centimetros mais ou menos.

Nesta primeira incisão forão interessados a pelle e o tecido subcutaneo, e, proseguindo camada por camada, forão successivamente incisadas a aponevrose do grande obliquo e as fibras inferiores deste musculo, o musculo pequeno obliquo, o transverso e suas aponevroses respectivas.

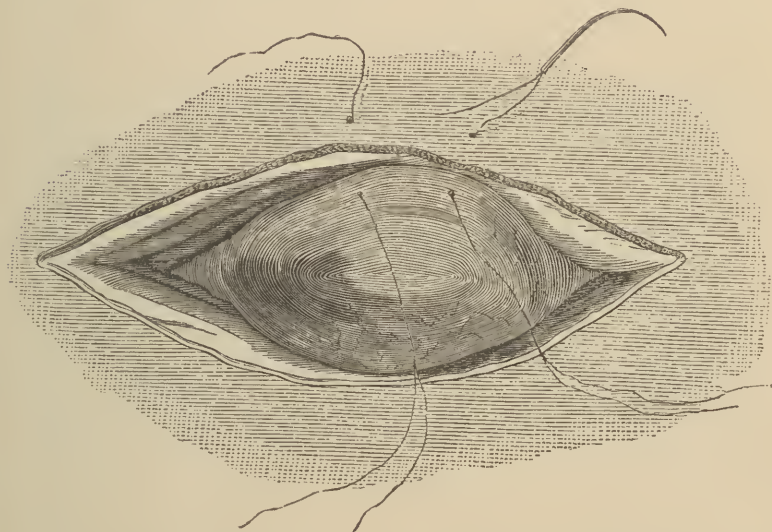



Fig. 85.— Costura do intestino de encontro aos labios da solução de continuidade das paredes do ventre, na enterotomia pelo methodo do professor Nelaton.

Apparecendo no fundo da ferida o *fascia transversalis*, foi este incisado, bem como a folha parietal do peritoneo, através de cuja abertura se introduzio uma aza do intestino (fig. 85). Em taes condições, esta foi presa á ferida por oito pontos de costura metallica, sendo dous nos angulos e tres de cada lado, em cima e em baixo.

Impedida por este modo qualquer communicação do exterior com o interior da cavidade peritoneal, pratiquei por entre os

pontos da costura uma incisão longitudinal que interessou toda a espessura da parede saliente do intestino (fig. 86), e através da mesma abertura foi em jorro expellida uma quantidade consideravel de fezes liquidas, de côr amarellada, de cheiro infecto e misturadas de gazes.

O ventre se foi abatendo na mesma proporção e dentro em pouco se pôde distinguir o rebordo das falsas costellas.

Não houve necessidade de empregar o chloroformio, e a operação correu sem accidente e foi terminada em 15 minutos.

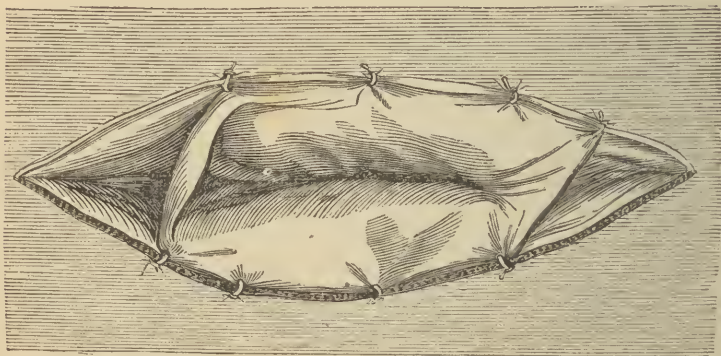



Fig. 86. — Abertura feita no intestino depois de terminada a costura.

Appliquei em seguida uma camada de collodio em todo o ventre deixando sómente livre a abertura intestinal.

Pouco depois da operação, o doente teve soluços e vomitos, que cederão á ingestão de duas perolas de ether e de algumas pedras de gelo.

Foi-lhe prescripta uma poção com chloral e morphina.

No dia seguinte (27 de Julho) o doente se apresentou calmo, tranquillo e com a physionomia natural. Accusou sêde, e a lingua ainda estava rubra nas bordas e ponta, porém menos saburrosa. O ventre estava abatido, pouco sensivel á apalpação e tympanico na

região epigastrica. Nas circumvisinhanças da ferida, em uma zona de tres centimetros, os tecidos se achavão rubros, tumefactos e sensiveis á pressão. Os labios da incisão se apresentavão rubros e invertidos para fóra. Por entre elles se fazia o escoamento constante de uma materia fluida com o aspecto e cheiro de fezes. O doente dizia ter expellido alguns gazes pelo recto, e o dedo introduzido neste intestino encontrava na altura do angulo sacro-vertebral uma especie de fundo de sacco, como si o tubo intestinal terminasse nesse ponto.

O pulso se elevava a 95 e a temperatura a 38,2.

Mandei continuar com a poção composta de chloral e morphina, e ordenei que se lavasse constantemente a ferida com agua morna, e que ao redor della se passasse um pincel com oleo de oliveira phenicado.

No dia 28 o estado geral era satisfactorio. O doente disse ter dormido bem ; accusava alguma sêde ; a lingua ainda estava saburrosa. O ventre apresentava-se abatido e pouco tympanico, mas era sensivel á pressão maxime nas immediações da ferida. Por esta continuavão a sahir materias fecaes semi-liquidas de côr amarellada, mas de cheiro fetido. O estado local era o mesmo.

Temperatura 36,7 e pulso 94. Havia 40 respirações por minuto, mas o doente não accusava mais a sensação de oppressão que experimentava antes da operação.

Foi retirado um ponto da costura feita no angulo inferior ou interno.

Lavei bem a ferida com agua phenicada, e isolei de novo as paredes do ventre do contacto das materias intestinaes por meio de uma camada de collodio.

O doente continuou a usar do gelo quando tinha sêde, e foi alimentado com caldos e canja de frango.

No dia 29 o estado geral continuou a ser excellente. O somno havia sido regular e calmo ; o doente tinha appetite ; a lingua estava menos saburrosa, e o ventre se achava abatido e pouco

tympanico. Nas immediações da ferida este era sensivel e doloroso á pressão. O aspécto da solução de continuidade era regular, suas bordas rubras se achavão dobradas pela mucosa intestinal, a qual fazia uma saliencia notavel, menos pronunciada na parte inferior do que na superior. Não havia descollamento, nem suppuração. As materias fecaes continuavão a ser expellidas com facilidade, e não tinhão cheiro infecto. Os fios metallicos continuavão a ser perfeitamente tolerados. Pulso a 100; temperatura 37. Movimento resp. 34. O doente não accusou mais sahida de gazes pelo recto. Suspendi a medicação morphinada, e prescrevi um clyster purgativo.

No dia 30 o doente referio haver expellido pelo recto uma hora depois do clyster purgativo certa porção de materias fecaes endurecidas e discoradas, as quaes apresentavão expressivo contraste com as materias amarelladas semi-fluidas que corrião abundantemente pela ferida.

O estado geral continuava satisfactorio. Havia bom appetite e pouca sêde. A lingua estava quasi limpa.

A ferida não offerecia modificações notaveis. Pulso, 96; temperatura 37,5.

No dia 31 o estado geral era bom; a physionomia conservava sua expressão natural. Havia appetite. A lingua estava limpa. O ventre estava abatido e só era sensivel ao nivel da ferida. Houve emissão de gazes repetidas vezes pela ferida, e expulsão de materias fecaes amarelladas e um pouco mais consistentes e sem máo cheiro pela ferida. Esta offerecia bom aspecto; a saliencia notada em suas bordas superiores diminuirão sensivelmente; toda a sua circumferencia se achava coberta de granulações carnosas, e apresentava alguma suppuração ao nivel dos pontos metallicos.

Pulso 92; temperatura 37,2.

Forão retirados cinco pontos de costura, sendo tres do labio superior e dous do labio inferior. No fundo da ferida se apresentavão os labios da incisão intestinal voltados para fóra, regulares,

espessos e parallelos ás bordas da abertura do ventre. Foi prescripto um novo clyster purgativo.

No dia 1 de Agosto, o doente disse ter tido duas evacuações depois da administração do clyster purgativo. As materias expellidas erão duras e descoradas.

O estado geral era bom. Pulso 80; temperatura 37,5.

A ferida fornecia alguma suppuração e se achava com as bordas cobertas de granulações.

Forão extrahidos os dous ultimos pontos da costura.

Ao nivel do grande trochanter e da fossa iliaca externa havia uma escoriação devida ao decubito lateral direito muito prolongado e ao contacto das materias expellidas atravéz da ferida.

Prescrevi o linimento calcareo opiado para ser applicado ás partes escoriadas, e fiz collocar entre estas e o colxão uma espessa pasta de algodão.

No dia 2 o aspecto da ferida era excellente, e a suppuração pouco abundante e de boa natureza; as suas bordas achavão-se cobertas de botões carnosos, e apenas excedião a superficie do ventre. Ella começava a diminuir de extensão e em seu fundo se observava a ferida intestinal tendo apenas dous centimetros de extensão, e cujos labios ligeiramente entreabertos davão passagem de instante a instante a materias excrementicias um pouco consistentes e misturadas com gazes. Durante a expulsão dessas materias, o doente experimentava dores mais ou menos vivas e circumscriptas á ferida.

Pulso desenvolvido e a 80; temperatura 37,5.

No dia 3 o estado geral era o mesmo; bom appetite, lingua larga e humida, e ventre com a sensibilidade normal.

A ferida apresentava bom aspecto, e um começo de cicatrização correspondente aos seus angulos. Havia ainda expulsão de tempos a tempos de materias excrementicias, ricas em bilis, porém sem cheiro fetido.

As escoriações não progredirão e erão curadas com linimento calcareo opiado.

O doente deitava-se ora do lado operado, ora do lado esquerdo, e por vezes se assentava no leito.

Pulso 78; temperatura 37,2.

Afim de ver si conseguia o curso regular das materias excrementicias pelo recto, ordenei que de dous em dous dias fosse administrado ao doente um clyster purgativo.

Desse dia em diante o trabalho de cicatrização foi progredindo, e desde o dia 16 o doente começou a ter diariamente dejecções espontaneas pelo recto.

A ferida, de mais a mais reduzida, deixava escapar de tempos a tempos um liquido amarellado e com cheiro de fezes; mas por ultimo o pequeno orificio abdominal, sob a influencia de algumas cauterisações com o nitrato de prata, foi diminuindo de diametro, até que hoje, septuagesimo quinto dia depois da operação, só resta uma cicatriz firme e resistente, achando-se o doente completamente restabelecido da gravissima enfermidade que o fizera entrar para o hospital.

O resultado é sob todos os pontos de vista digno de vosso estudo e meditação, tanto mais, meus senhores, quanto as occlusões e estrangulamentos internos não são affecções extremamente raras entre nós; e não me constando que se tenha em taes casos recorrido á enterotomia, sei por outro lado que diversos doentes têm fallecido apezar de todos os meios classicos de que se lançou mão.

E' este o segundo doente que tenho salvado de occlusão intestinal por meio da enterotomia.

O primeiro fôra uma rapariga de côr preta, de 18 annos de edade, e que entrou para a casa de saude do meu distincto collega e amigo o Dr. Baptista dos Santos, em 26 de Novembro do anno passado, com todos os phenomenos de uma occlusão intestinal, devida tambem á uma invaginação.

Pratiquei sem demora a operação e no fim de dous mezes a doente teve sua alta. O resultado não fôra tão favoravel, como neste doente da clinica, pois que ficou uma fistula estercoral, que mostrou-se rebelde á cicatrização, e que exigia uma pequena operação, cuja execução não podia ser immediata, pois que a doente se achava com indicio de uma tuberculose pulmonar, e necessitava passar alguns mezes no campo para se fortalecer.

Ella não me procurou mais; mas eu soube muito tempo depois que a affecção tuberculosa fôra em progresso, e que a doente havia fallecido victima desta molestia.

Não me demorarei em apregoar as vantagens da enterotomia nos casos de occlusão intestinal, e somente vos direi que, si, como nas hernias, os meios classicos como o gelo *intus et extra,* os antispasmodicos, os narcoticos e estupefacientes não vos derem resultado, e continuarem os phenomenos do estrangulamento, não devereis trepidar, reconhecida a séde da occlusão, em recorrer á enterotomia, cuja execução é simples e de vantagens incontestaveis.

CAPITULO XII

DOS TUMORES EM GERAL

SEPTUAGESIMA SETIMA LIÇÃO

ESTUDO CLINICO DOS TUMORES

SUMMARIO :—Producções morbidas designadas com o nome de tumores.—Termo generico que serve para dar a idéa da naturoza da producção morbida, quando não se emprega a palavra —tumor.—Designação complexa quando são diversos os elementos que entrão na composição dos tumores.—E' difficil definir o que é tumor ; mas convem ter idéas bem precisas sobre as affecções quo devem ser designadas por esse nome.—Tentativas feitas para substituir o nome de tumor por pseudo-plasma, neoplasma.—O resultado dessas tentativas foi todo negativo.—Vantagens que proviriâo da classificação dos tumores.—A classificação mais logica seria a quo se firmas e no conhecimento dos caracteros anatomicos de cada tumor ou nos elementos histologicos.—A divisão dos tumores em heteromorphos e em homoomorphos é inadmissivel.—A classificação anatomica do professor Virchow é completa. —Pouco é o auxilio colhido pela clinica da classificação anatomica.—Na clinica não se póde dispensar a divisão dos tumores em benignos e malignos.—Restricções que se devem fazer a este respeito.—Apresentação da historia de dous doentes em que pela séde certos tumores benignos podem produzir desordens consideravois.—Tumores liquidos e solidos.—Caracteres benignos dos primeiros e condições que dão um caracter maligno a certo numero dos segundos.—Necessidade do conhecimento da estructura dos tumores para ser applicado a denominação mais conveniente.—O microscopio deve ser o auxiliar indispensavel para o diagnostico definitivo.

MEUS SENHORES,

Tendes tido occasião de observar, nestes ultimos tempos, diversos doentes affectados de producções morbidas ou de molestias que designamos sob o nome de tumores, a que reunimos um adjectivo, segundo a idéa que formamos a respeito de sua natureza, ou dos elementos histologicos que entrão em sua composição.

Em alguns casos, em logar de nos servirmos da palavra—tumor, a que reunimos o adjectivo que sirva para designar a sua natureza, expressamos sob um termo generico a idéa de que temos debaixo das vistas um tumor de tal ou tal natureza.

E' assim que, em logar de dizermos muitas vezes—tumor fibroso ou sarcomatoso, melanico, lipomatoso e mucoso, empregamos simplesmente a palavra fibroma, sarcoma, melanoma, lipoma e myxoma, etc., etc., como fizemos em relação ao doente que apresentava um tumor na região trochanteriana esquerda, e ao que offerecia a producção morbida na região glutea direita.

Acontece tambem que nos parece algumas vezes, ou adquirimos a certeza, depois do exame microscopico, que o tumor é constituido por mais de uma especie de tecido, e então designamos a producção morbida pelos termos dos elementos principaes que entrão em sua composição, como—fibro-sarcoma, fibro-lipoma, adeno-sarcoma, myxo-sarcoma, etc.

Seja como fôr, meus senhores, tendes visto que tambem designamos debaixo do nome de tumor certas producções caracterisadas por collecções fluidas, como por exemplo o hydrocele, o hematocele, o aneurysma, etc., etc., ou então a saliencia que se apresenta no exterior, constituida pela passagem de visceras através dos canaes naturaes ou accidentaes; portanto, é, á vista disto, muito natural que tenhaes necessidade de saber o que em cirurgia se designa sob o termo generico de tumor, porque si empregassemos este termo para designar a tumefacção inflammatoria, ou a saliencia resultante de uma luxação, por certo que não usavamos de uma technologia propria ou de uma expressão apropriada.

Não ha em clinica uma parte que se apresente cercada de mais sérias difficuldades do que aquella que se refere á entidade pathologica a que se dá o nome de *tumor*. Nos livros que correm em vossas mãos, se diz muitas vezes que, si é difficil definir o que se deve entender por tumor, não ha todavia cirurgião que ignore o

que seja uma affecção dessa ordem. Por nossa parte temos visto designar, sob o nome de tumor, molestias de natureza, fórma, procedencia, evolução e consequencias tão diversas, que não receiamos em admittir que ha muitos profissionaes que não têm idéa do que se deve designar debaixo do nome de *tumor*, e que empregão indistinctamente esse termo para designarem um abscesso, um anthraz, um furunculo ou a saliencia resultante do deslocamento de uma superficie articular, bem como para darem idéa de uma producção morbida que augmenta o volume de uma parte ou região qualquer.

Os inconvenientes que resultão dessa falta de precisão na linguagem cirurgica são obvios, e si não tratarmos de combatel-os, acabaremos por não nos entendermos sobre o valor das palavras que, como sabeis, exprimem idéas que devem ser repellidas ou abraçadas, segundo o valor que representão.

Quando homens notabilissimos, como Virchow, Küss, Billroth, Rindfleisch, Broca e outros não têm podido dar uma definição do tumor, muito menos tentariamos fazel-o nós que não passamos de simples obreiro ou aprendiz da vasta sciencia cirurgica. Apezar de tudo não nos julgamos, meus senhores, inhibidos de vos apresentar as idéas que temos a esse respeito, e que colhemos no estudo dos factos que podemos até aqui observar e dos que se achão consignados nos trabalhos scientificos mais recommendaveis.

Não desconhecemos as difficuldades em que nos achamos desde que se trata de definir o que é —tumor. Os antigos applicavão esse termo á toda e qualquer saliencia anormal, ou ao augmento de volume de qualquer parte ou região. A palavra tumor servia até, como sabeis, para exprimir um dos phenomenos da inflammação ou do fleimão. Depois que a sciencia do diagnostico se aperfeiçoou, e que se tratou de estudar melhor a marcha e terminação das affecções, não se teve a menor difficuldade em se demonstrar que os methodos de investigação e de estudo não

permittião que se designassem sob esse termo as affecções que só tivessem por caracter o augmento de volume de uma parte ou de uma região. Entretanto alguns auctores, fazendo uma restricção na significação da palavra tumor, de modo a excluir dessa classe de affecção todo e qualquer trabalho inflammatorio ou saliencia constituida por superficies articulares deslocadas ou fragmentos osseos resultantes de fracturas, julgárão que se poderia applicar aquella denominação ao augmento anormal justaposto á qualquer parte do organismo, ou á uma nova formação circumscripta como que independente por sua natureza da parte em que se tem desenvolvido. D'ahi resultou que se propuzesse a substituição da palavra tumor pelo termo de *pseudo-plasma*, *neoplasma*, ou *neoplasia*. A idéa de parasitismo não é, segundo diz Virchow, inteiramente desligada da palavra tumor; mas ha numerosissimas affecções a que estamos habituados em clinica e por toda a parte a vel-as designadas sob o nome de tumor, como as hernias, os hydroceles ou hematoceles, e que entretanto não offerecem nem a mesma genese, nem a evolução de certas producções que offerecem alguma cousa do caracter da affecção parasitaria. E' pela mesma razão que o termo —tumor— ainda que tenha muita cousa de vago e indefinido não póde ser substituido pela palavra —neoplasia—, visto que ha muitos tumores como o hydrocele, em que como sabeis a affecção se caracterisa pelo excesso de secreção serosa na tunica vaginal, sem formação anormal, ou nova, como a palavra pseudo-plasma e neoplasia, poderião fazer acreditar.

Essas tentativas não têm dado resultado efficaz, e somos obrigados a nos servir da palavra—tumor—para designarmos uma certa ordem de affecções que têm por caracter fundamental trazer uma saliencia permanente e progressiva em uma região ou orgão sem marcha typica e sem tendencia á resolução.

A estructura e organisação apresentadas por essas affecções tem levado naturalmente os pathologistas a classifical-as em diversas especies.

A classificação mais logica e natural seria a que se baseasse nos caracteres anatomicos de cada tumor, ou nos elementos histologicos que os constituem.

Lebert, que foi um dos primeiros investigadores a tentar uma classificação desta ordem, dividio, como sabeis, os tumores em *heteromorphos* e em *homeomorphos*. A primeira classe era constituida por todos os tumores cujos elementos anatomicos ou histologicos não tinhão representantes na economia; a segunda era formada pelas producções morbidas compostas de elementos anatomicos semelhantes aos que fazião parte do organismo. A doutrina do heteromorphismo e do homeomorphismo parecia assentar em bases solidas, quando Müller fez ver que não havia nenhum tumor composto de elementos histologicos diversos dos que se encontrão no organismo, quer em seu periodo embryonario, quer em seu periodo de completo desenvolvimento.

Si não havia portanto cellula especifica, como queria Lebert, si os elementos histologicos de um tumor são identicos aos de outros tecidos anatomicos do organismo, o que, debaixo do ponto de vista de uma classificação, se poderia fazer, era estudar a estructura e textura de cada tumor, e dispol-os em diversos grupos segundo a sua organisação, e a este respeito a classificação apresentada pelo professor Virchow é a melhor que se pode desejar.

Entretanto força é confessar que a classificação dos tumores tendo por base os seus elementos anatomicos ainda não forneceu á clinica os dados necessarios para que dos caracteres physicos de um tumor se chegue ao conhecimento exacto de sua organisação histologica. Assim, eu posso observar um certo grupo de tumores cuja organisação histologica se revele pela existencia de elementos embryonarios, mas me enganaria se desse a essa ordem de tumores propriedades que não se encontrem em outro grupo onde não se descobrem elementos embryonarios. A divisão estabelecida pelos Srs. Cornil e Ranvier de tumores constituidos de elementos embryonarios e de tumores compostos de elementos identicos aos

que se encontrão no organismo, não corresponde a certa ordem de propriedades clinicas que traduzão explicitamente a natureza intima desses tumores, quando outros, como, por exemplo, o epithelioma, não tendo elementos embryonarios, gosão de propriedades muito semelhantes a alguns desses tumores de elementos embryonarios.

Por todas essas rasões, meus senhores, ainda somos obrigados a nos servir dos caracteres clinicos dos tumores para estabelecermos o diagnostico de sua natureza.

Quando nos achamos em presença de um tumor o que desejamos antes de tudo conhecer—é a natureza da producção morbida; isto é—saber qual é a marcha e quaes as consequencias que ella póde apresentar entregue a si ou á sua evolução natural, ou mesmo depois de extirpada. Ora, a clinica tem feito ver a todos os praticos que ha um certo numero de tumores inteiramente inertes, causando incommodo pelo peso e volume, mas nunca exercendo uma influencia immediata ou remota sobre a harmonia e regularidade das funcções organicas, e que tambem ha outra ordem de producções morbidas na qual se notão propriedades inteiramente diversas, e em tempo mais ou menos proximo produzem perturbações e desordens incompativeis com a vida.

Tem-se o habito de dar o nome de benignos á primeira ordem de tumores e de malignos á segunda.

Devo desde já prevenir-vos de que essa divisão não deve ser aceita em todo o seu rigor, porque ha tumores essencialmente benignos quando desenvolvidos em certas regiões, ao passo que poderáõ produzir a morte quando se manifestão em certos orgãos e em regiões especiaes.

No leito n. 8 desta enfermaria se acha um individuo de 55 annos de idade, o qual apresenta na região trochanteriana esquerda um tumor que data de longos annos, de fórma quadrangulár, liso, de 8 centimetros de diametro, duro, elastico e inteiramente insensivel e que emfim tem todos os caracteres de um fibroma.

Pois bem: um tumor da mesma natureza anatomica que se desenvolvesse no utero ou na apophyse basillar, como os polypos chamados naso-pharyngianos, não teria por certo uma evolução tão benigna.

Na mesma cathegoria se achão os tumores formados por productos de secreção e aos quaes se dá o nome de kystos. Desenvolvidos em qualquer região da superficie cutanea, constituem

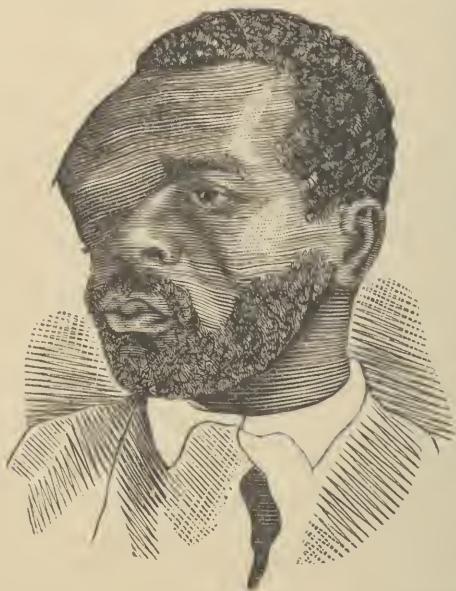



Fig. 87. — Kysto do seio frontal direito acompanhado de destruição completa do globo ocular. Operação. Cura.

producções essencialmente benignas, mas quando se manifestão nos ovarios ou em certas regiões, como os seios frontaes, podem ser extremamente graves.

Em 3 de Outubro de 1873 entrou para esta enfermaria um individuo preto, de 40 annos de edade affectado de um enorme tumor da região orbitaria direita (fig. 87), o qual dava ao doente um aspecto medonho.

Elle referio que ha muitos annos começou a sentir uma saliencia na região orbitaria do lado indicado, a qual fôra gradualmente augmentando de volume até tomar proporções consideraveis, não tendo havido traumatismo algum que podesse explicar a sua manifestação.

O tumor se estendia da bossa frontal direita até abaixo do rebordo inferior do malar correspondente. A sua fórma era prismatica e a pelle que o cobria, bem como a palpebra superior, nimiamente distendida, e que constituia o seu limite inferior, não apresentavão alteração de estructura.

O olho respectivo se achava completamente encoberto e não havia meio de elevar a palpebra para apreciar o seu estado.

O tumor qne era pouco sensivel, irreductivel e molle, dava pela apalpação signaes evidentes de fluctuação, e fazia perceber em sua base uma orla dura como osso, desde o supercilio até á palpebra. Por meio da escuta não fôra possivel descobrir nenhum ruido vascular.

Em vista d'estes caracteres, não tive duvida em estabelecer o diagnostico de um kysto do seio frontal, e com effeito praticada uma incisão dos tegumentos na direcção do diametro transverso do tumor, dissecada a pelle e excisadas em uma grande extensão as paredes do sacco, dei sahida a um liquido escuro semelhante a chocolate, ficando uma enorme cavidade, cuja parede superior era constituida por uma lamina fibrosa que revestia uma parte do lobulo anterior do cerebro, sendo as outras paredes constituidas por laminas osseas de superficie desigual.

O globo ocular se achava completamente atrophiado, e a orbita reduzida a uma pequena cavidade.

Eis ahi um tumor de natureza essencialmente benigna que determinou a destruição completa do globo ocular, e que poderia produzir lesões cerebraes muito graves, si acaso não fosse em tempo destruido ; e com effeito o doente no fim de tres mezes teve a sua alta em boas condições de saude.

O logar, a região ou orgãos em que se desenvolve um tumor representão um papel importante nas consequencias que póde ter a producção morbida; mas, abstracção feita dessa circumstancia, pode-se dizer que todas as vezes que se apresenta um tumor, si este for constituido essencialmente por productos de secreção ou si for liquido, é tumor benigno; si pelo contrario for solido, poderá ser incluido na classe dos tumores malignos: 1.° si for diffuso, cheio de bossas, nodosidades ou tuberosidades; 2.° si for acompanhado de dores e não tiver limites precisos ou não for pediculado; 3.° si apresentar-se ulcerado, e a ulceração for precedida de amollecimento, sangrar ao menor contacto e fornecer uma sanie infecta, e não houver tendencia para a cicatrização; 4.° emfim si os ganglios vizinhos se apresentarem convertidos em tumores ou formarem saliencias que denotem participar das alterações do producto principal.

Si estes caracteres tem valor no conhecimento da natureza de um tumor, não se segue d'ahi, nem isso quer dizer, meus senhores, que o clinico tenha sómente de conhecer si um tumor é benigno ou maligno.

Uns e outros são representados por numerosas variedades e cada uma destas tem caracteres particulares e uma estructura e textura especiaes que não devem ser ignoradas, já sob o ponto de vista da evolução da producção morbida, já em relação ao prognostico, e aos meios que se devem empregar.

Em taes condições somos obrigados a procurar os elementos do diagnostico em outros caracteres clinicos, e só depois disso é que se dará ao tumor a denominação que lhe seja mais conveniente, deixando que o microscopio ou exame histologico da producção morbida confirme ou não o diagnostico, ou indique si houve um papiloma, um epithelioma, um myxoma, um myoma, um lipoma, ou um sarcoma, um angioma, um enchondroma, um melanoma ou finalmente um carcinoma etc., na certeza de que não ha em

cirurgia uma parte mais difficil do que a que se refere ao diagnostico dos tumores.

Si ha casos em que os caracteres dos tumores não deixão a menor duvida a respeito de sua natureza, si muitas vezes o microscopio confirma em todas as suas partes o diagnostico clinico; não são entretanto pouco frequentes os casos em que o diagnostico offerece as maiores difficuldades e não póde ser definitivamente estabelecido senão depois do exame microscopico.

No estudo de cada caso em particular tereis a confirmação das idéas que acabei de vos apresentar, e alli reconhecereis por vós mesmos todas as difficuldades que se encontrão e que se tem de vencer para se estabelecer o diagnostico dos tumores.

Será tambem por essa occasião que tratarei de fazer-vos comprehender a necessidade que ha de pôr-vos ao facto das noções geraes sobre tumores, afim de applical-as ao estudo da producção morbida que tiverdes de examinar.

SEPTUAGESIMA OITAVA LIÇÃO

MYXOMA DAS FOSSAS NAZAES

SUMMARIO :—Tumor da fossa nazal esquerda.—Historia referida pelo doente.— Phenomenos observados.—Explorações feitas.—Caracteres da producção morbida encontrada.—O nome de polypo era dado antigamente a esses tumores.—Hoje estes são designados pelo nome dos elementos que entrão em sua composição.—Estudo da producção chamada—myxoma ou polypo mucoso.—Ponto onde se inserem esses tumores.—Volume do myxoma.—Deformação produzida por essa affecção, e que é distincta da deformação determinada pelos fibromas myxo-sarcomas ou sarcomas —Myxomas solitarios e multiplos.—Facilidade do diagnostico dos myxomas.—Caracteros distinctivos entre os myxomas e os fibromas nazo-pharyngianos. — Necessidade da intervenção cirurgica na cura dos myxomas. — Meios cirurgicos a que se póde recorrer. — A destruição pela cauterisação só seria possivel pelas pinças causticas de Valotte de Lyão.—A ligadura extemporanea e o esmagamento linoar devem ser reservados para casos especiaes.—Preferencia dada ao arrancamento seguido da raspagem e da cauterisação pelo a·ido chromico.—Execução da operação no doente.—Resultado obtido.

MEUS SENHORES,

Acabo de encontrar no leito n. 12 desta enfermaria um individuo de 16 annos de edade, a respeito do qual pretendo chamar neste instante a vossa attenção, porquanto me proponho d'aqui ha pouco a praticar a operação reclamada pela affecção que esse doente apresenta na narina do lado esquerdo. Elle, como muitos d'entre vós tiverão occasião de ouvir, me referio que ha dous annos a essa parte começára a sentir certo embaraço em respirar pela narina esquerda, o que era acompanhado ao mesmo tempo de corrimento de mucosidade mais ou menos espessa e filamentosa, como se estivesse indefluxado ou com uma coryza chronica. Esse embaraço foi em augmento, até que, ha dous mezes mais ou menos, o doente começou a ter a sensação de um

corpo que obliterava completamente a narina, e cuja presença se denunciava no orificio externo da fossa nazal respectiva, dando-se ao mesmo tempo a deformação do lado esquerdo do nariz ; e como se sentisse mal viera recolher-se ao hospital afim de ser operado.

O primeiro phenomeno que attrahe a attenção é a deformação do nariz e a presença do corpo que projecta atravez da abertura externa da fossa nazal esquerda. A deformação se caracterisa por uma elevação do lado esquerdo do nariz e afastamento de sua respectiva aza para fóra, de modo a tornal-o mais grosso e mais chato do que deveria achar-se, si reunissemos á porção direita uma outra que do lado esquerdo tivesse as mesmas dimensões. O corpo que projecta até ao nivel da abertura externa da fossa nazal esquerda, é de fórma arredondada, lisa, de côr ligeiramente rosea, molle, elastica, insensivel e perfeitamente livre de qualquer adherencia com o contorno do orificio nazal. Não ha, como vêdes, epiphora ou lacrymejamento, e a pelle do nariz conserva a sua côr e flexibilidade normaes. Comprimindo o lado deformado, encontro as partes com a resistencia natural, e ainda que á pressão o doente pareça sentir alguma dôr, esta não é entretanto exagerada que me faça consideral-a independente da pressão dos tecidos.

O que falta agora é saber quaes são as relações desse tumor com as fossas nazaes, e qual o seu ponto de partida, ou a sua origem. Sendo impossivel introduzir o dedo entre o tumor e as paredes das fossas nazaes, tomarei um estilete de botão, com que alcançarei os dados que nos são necessarios. O estilete, como vêdes, percorre todo o assoalho da fossa nazal, as paredes interna e superior, mas a parede externa, tanto explorada pela parte superior como pela inferior, não dá passagem ao instrumento explorador, o que me leva a reconhecer que o tumor tem a sua insersão e origem na parede externa da fossa nazal, no espaço chamado meato inferior.

Uma noção que alcancei depois desse exame, é que o tumor se insere por uma larga base ou em grande porção da parede

externa da fossa nazal. Projectará elle na abertura posterior como visivelmente se dá na abertura externa?

Poderia servir-me para o diagnostico ou da rhinoscopia ou do exame directo por meio do dedo. Não me é possivel lançar mão do primeiro meio, mas me servirei do segundo. Deste modo mandei, como vêdes, que o doente abra a boca largamente, e levando o dedo por detrás do véo do paladar, cheguei com elle á abertura posterior da narina, onde procurando si existe algum corpo estranho, nada pude alcançar. Esse exame é incommodo ao doente; por isto sendo tambem feito com rapidez, não admira que deixe de trazer as vantagens que se alcanção com a rhinoscopia. Apezar disto póde-se muitas vezes reconhecer por meio do dedo a existencia do tumor das fossas nazaes que em logar de projectar para a parte anterior vae proeminar na parte posterior ou na região nazo-pharyngiana. Ha toda conveniencia em proceder-se sempre nesses casos com summa delicadeza, e ter-se a maior reserva no diagnostico, quando a exploração não for desde logo decisiva; e a proposito disto lembro-me que ha annos me appareceu uma senhora queixando-se que soffria de um polypo da narina esquerda, e então me disse que algumas vezes não podia respirar pela narina respectiva, experimentando a sensação de um corpo que ora impedia, ora deixava livre a respiração. Dilatando a narina não pude com a vista nem por meio de um estilete de botão encontrar corpo algum estranho; mas, não satisfeito com esse exame, procurei explorar por meio do dedo a abertura ou orificio posterior, onde tambem nada encontrei, e estava quasi a dizer á doente que ella não soffria talvez mais do que de uma coryza chronica, quando persistindo ainda na exploração, senti projectar no orificio posterior da fossa nazal esquerda um corpo alongado, movel, elastico, e com todos os caracteres do tumor que é geralmente conhecido com o nome de polypo mucoso. Na occasião em que tive de praticar a ablação, foi preciso impellil-o da parte

posterior para a anterior afim de prendel-o com a pinça e arrancal-o.

Não resta a menor duvida, em vista dos phenomenos que acabão de ser apreciados neste doente, que tenho a tratar de uma dessas producções pathologicas a que os antigos davão, guiados pela apparencia exterior, o nome de polypo das fossas nazaes. Com os progressos da anatomia pathologica, reconhecendo-se que esses productos nem sempre offerecião a mesma natureza, ou não erão compostos dos mesmos elementos anatomicos, tratou-se de substituir aquelle nome por outros que pelo menos indicassem a sua composição ; e assim, segundo predominava o elemento mucoso, ou o tumor era constituido por tecido mucoso, teve o nome de myxoma, e segundo predominava, pelo contrario, o tecido fibroso, assim tambem a producção pathologica foi designada sob o nome de fibroma. Alguns praticos ainda continuão a dar a esses tumores das fossas nazaes o nome de polypos, e a designal-os, quando lhes parecem constituidos pelo tecido mucoso, com o termo de polypos mucosos, e quando são duros e resistentes, a especifical-os com o nome de polypos fibrosos.

O que é um myxoma ou polypo mucoso ? E' um tumor composto de uma substancia fundamental contendo mucina e de cellulas estrelladas ou ramificadas em maior ou menor quantidade, segundo a proporção da mesma substancia fundamental (fig. 88). O tecido mucoso que fórma parte integrante de sua natureza é um derivado do tecido de substancia conjunctiva e encontra o seu analogo no tecido do cordão umbelical a que se dá o nome de gelatina de Wharton. Em regra geral os myxomas contêem apenas alguns vasos delicados que procedem do tecido onde se implantão ; outras vezes, os vasos sanguineos são mais abundantes e constituem os polypos cellulo-vasculares. Até ao presente ainda não se descobrirão nervos nesses tumores.

Seja como fôr, o que interessa debaixo do ponto de vista clinico, é que os polypos mucosos se implantão na parede externa

das fossas nazaes, e o tumor do nosso doente não faz excepção a essa regra.

Aqui o volume, tanto quanto é possivel presumir, iguala ao de um ovo de pombo, e a implantação se faz por um curto e

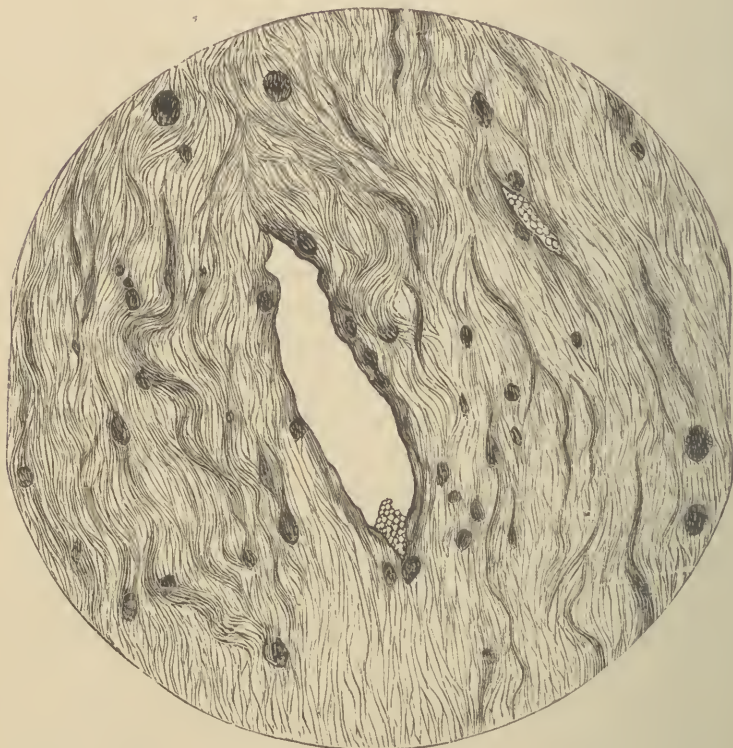



Fig. 88. — Elementos histologicos de um myxoma operado na clinica. Preparação do Dr. Poncy. Augmento de 650 diametros.

grosso pediculo entre o cartucho inferior que parece fazer parte do tumor e o assoalho das fossas nazaes.

Em outros casos, porém, esses tumores adquirem um grande desenvolvimento e produzem proporcionalmente deformação consideravel do nariz. Em um caso que ha annos vi em conferencia

com o meu illustre amigo e distincto cirurgião o Dr. Baptista dos Santos, o tumor myxomatoso apresentava volume superior ao de um ovo de gallinha, e havia deformado por tal modo o nariz e enchia tão intimamente a fossa nazal respectiva, que para fazer-se a extirpação foi preciso incisar a aza do nariz na parte correspondente a seu sulco até á apophyse montante ou ascendente do maxillar superior, afim de se ter um espaço para a excisão do tumor e cauterisação com o acido chromico, do ponto em que se dava a implantação. O resultado foi em todos os sentidos muito feliz, ficando a doente radicalmente curada, e sem deformação alguma, como tive occasião de verificar no fim de dous annos em que vi essa senhora, para tratal-a de um polypo do collo do utero, de que tambem ficou restabelecida.

Um facto que deve ser aqui consignado, meus senhores, é que os polypos ou myxomas puros das fossas nazaes não deformisão senão a região nazal, ao passo que si a deformação se estende á região sub-orbitaria ou canina, é signal de que o tumor não se insere nas fossas nazaes e é de natureza fibrosa, ou myxo-sarcomatosa, ou simplesmente sarcomatosa.

Em todos os doentes que tenho observado, os polypos tem sido solitarios ou unicos, mas citão-se casos de polypos multiplos, collocados—uns após outros, e com volumes desiguaes, o que deveis ter sempre em lembrança, afim de os destruir, e não passardes pelo desgosto de ver um doente que tendes dado por curado, com um outro polypo desenvolvido no fim de pouco tempo.

Estou persuadido de que o myxoma do nosso doente é unico, mas antes da sahida delle hei de examinal-o com cuidado, para ver si não me escapou ou passou desapercebida a existencia de outro tumor de menor volume.

Não é difficil o diagnostico dos polypos mucosos ou myxomas das fossas nazaes, principalmente quando o tumor adquire o volume daquelle que offerece o nosso doente. Mas no começo da evolução da producção myxomatosa, póde-se confundir a

entumescencia da mucosa nazal resultante de uma coryza com um polypo, mas o ponto em que se apresenta a entumescencia, e sua dureza em relação com a molleza e saliencia pediculada do myxoma fazem logo reconhecer a natureza da affecção. Os polypos nazo-pharyngianos que penetrão nas fossas nazaes, e projectão até ao orificio externo das narinas, poderáõ ser confundidos com os polypos mucosos das fossas nazaes; mas examinando-se a deformidade do doente se reconhecerá, como já vos disse, que esta não se limita á região nazal ou ao nariz, e se estende á abobada palatina e ao véo do paladar, e póde-se verificar pelo exame por meio do dedo levado ao pharynge, que a implantação se faz geralmente na parte correspondente á apophyse basilar. Além disto observa-se que os fibromas nazo-pharyngianos são acompanhados de hemorrhagias abundantes, ao passo que os myxomas ou polypos mucosos não dão logar a corrimento sanguineo de importancia.

Os phenomenos provocados por uma ozena nunca poderáõ ser ligados á existencia de um polypo mucoso, logo que se tiver o cuidado de examinar pelo especulum-nazi, ou pela rhinoscopia as fossas nazaes do doente.

Em Agosto do anno passado (1877), apresentou-se aqui um individuo que queixava-se, como estareis lembrados, de um tumor que lhe obstruia a fossa nazal esquerda e impedia-lhe por tal fórma a respiração que não podia dormir senão com a boca aberta. A um centimetro da abertura externa da narina respectiva via-se um tumor da grossura de uma avelã, duro como um osso, e cuja insersão tinha logar na parte superior do septo nazal. A dureza do tumor e o ponto de implantação me fizerão reconhecer um pequeno osteoma que foi reseccado em sua totalidade sem perigo algum para o doente, e com o mais feliz resultado.

A obliteração de uma das fossas nazaes por adherencia da parede externa com a interna, consecutiva a um processo

ulcerativo, trazendo difficuldade á entrada do ar, poderia levar á presumpção de que o doente se achava affectado de um polypo das fossas nazaes, mas a exploração por meio de um estilete de botão, ou a rhinoscopia, farião logo reconhecer o genero de affecção de que o doente era victima.

Os caracteres physicos, sua evolução e os phenomenos que se têm manifestado, me induzem pois a acreditar que o tumor que apresenta o nosso doente é um myxoma da fossa nazal esquerda.

Não se deve ver aqui uma affecção simples, e que não possa determinar consequencias muito serias. O desenvolvimento desses tumores é imprevisto e progressivo. Além da deformação que algumas vezes póde ser levada a um gráu exagerado, como já vos disse á proposito de outro doente, os embaraços que resultão da compressão e que provocão com a sua expansão, podem chegar ao ponto de determinar uma encephalite ou uma meningo-encephalite grave.

Só excepcionalmente observa-se a eliminação espontanea dos polypos nazaes, por isto torna-se necessaria em taes casos a intervenção cirurgica, e sómente nella podereis, meus senhores, depositar a vossa confiança, afim de livrar os vossos doentes dos incommodos e perigos que determinão os myxomas nazaes.

Os meios cirurgicos de que podemos dispor são: a *cauterisação, a ligadura extemporanea*, o *esmagamento linear* e o *arrancamento* quer simples quer seguido da cauterisação.

Não tenho o intuito de vos descrever cada um desses methodos cirurgicos, e apenas vos direi que relativamente á cauterisação só pensaria em pôl-a em execução si tivesse á minha disposição as pinças causticas do professor Valette, de Lyão, as quaes apresentão em cada ramo um sulco em que se deposita uma lamina de chlorureto de zinco, que provoca por sua acção a destruição e separação completa do tumor no fim de algumas horas. Esse processo, que me parece muito racional e applicavel aos

myxomas que têm attingido ao volume que já apresenta o tumor do nosso doente, ou que o têm excedido, não deve ser preferido ao arrancamento, quando o polypo é pequeno ou tem diminutas proporções.

A ligadura extemporanea e o esmagamento linear constituem methodos cirurgicos que encontrão tambem suas indicações no tratamento dos myxomas nazaes; mas na minha opinião devem ser reservados, sobretudo o esmagamento linear que prefiro á ligadura extemporanea, para casos especiaes, á vista das difficuldades que se encontrão em passar o laço constrictor ou a cadeia do esmagador.

Nos casos ordinarios é ao arrancamento só, ou seguido da cauterisação do ponto em que se acha inserido o polypo, o meio a que se recorre, e de que tambem vou servir-me para tratar este doente, mas com uma modificação que muito vos recommendo.

Elle, como vêdes, se acha assentado em uma cadeira, tendo a cabeça apoiada sobre o peito de um ajudante que se acha encarregado de mantêl-a firmemente nessa attitude. Em logar de uma pinça chamada a polypo, de que uma das colheres passa por baixo e outra por cima do tumor, introduzirei a colher chamada de Langenbeck o mais profundamente possivel, e depois de ter levado o dedo indicador á parte posterior das fossas nazaes, applicarei a colher sobre o ponto de implantação do tumor, e procederei ao seu arrancamento combinado com a raspagem da parte em que elle se insere.

Não se dão aqui os inconvenientes que se notão no processo ordinario do arrancamento, no qual a pinça prende algumas vezes entre as suas colheres o cartucho nazal, cuja fractura e arrancamento acompanhão a ablação do polypo; e em verdade quando este não enche ou oblitera grandemente a fossa nazal, para que a apprehensão do polypo possa fazer-se depois da dilatação prévia com o especulum-nazi, não tereis que receiar esse

accidente, mas no caso contrario julgo que será difficil pôr-se o cirurgião ao abrigo delle.

Tendo pensado que o arrancamento com as pinças que se achão á nossa disposição não era um meio que satisfizesse plenamente o nosso espirito, pelos inconvenientes resultantes da fractura e arrancamento do cartucho nazal, e que se traduzem por um corrimento sanguineo muito abundante, tomei a deliberação em taes casos de fazer a ablação com as colheres de Langenbeck, cujas bordas cortantes separão com facilidade o polypo de seu ponto de insersão e permittem que pela raspagem feita em seguida não fique nenhuma porção do tumor.

Executando, como acabastes de ver, a operação segundo as regras que vos indiquei, fiz a extirpação completa da producção morbida. As narinas achão-se livres; o corrimento sanguineo é nullo, e como curativo me limito a fazer algumas injecções com uma fraca solução de acido chromico.

Si acaso o corrimento sanguineo fosse abundante poderia applicar uma bola de cotão com um ou dous pequenos cristaes de acido chromico, sobre o ponto de implantação do tumor, e fazer em seguida o tamponamento da narina com outras bolas de cotão ou de fios.

Não terei necessidade disso, e, como em outros casos, espero que o resultado da operação seja favoravel.

SEPTUAGESIMA NONA LIÇÃO

CYSTO-SARCOMA DO MAXILLAR INFERIOR

SUMMARIO: —Historia do um doente do tumor do maxillar inferior.—Caracteres da producção morbida.—Estudo clinico dos tumores do maxillar inferior.—Signaes pelos quaes se estabeleceu o diagnostico de um sarcoma cystico do maxillar inferior.—Natureza dessa producção morbida.—Causas que a determinão.—Necessidade da intervenção cirurgica.—Resecção completa do maxillar inferior.—Morte do doente.—Causas que se derão para esse resultado.

MEUS SENHORES,

Fiquei grandemente sorprehendido quando ao entrar hontem (26 de Agosto de 1873) nesta enfermaria, soube ter fallecido repentinamente o doente do enorme tumor do maxillar inferior, e no qual havia praticado ha dias a resecção completa deste osso.

Occupei-me por varias vezes em chamar a vossa attenção para esse caso, e antes de vos dar conta do resultado fornecido pela autopsia, permitti que vos apresente a historia circumstanciada do doente com as considerações que forem necessarias para justificar o diagnostico que estabeleci e a intervenção cirurgica que julguei indicada.

O doente, como vistes, era pardo, solteiro, de 42 annos de edade, natural de Minas Geraes e trabalhador de profissão. A sua molestia era constituida por um enorme tumor assestado sobre o maxillar inferior, e a este respeito elle referio que ha dous annos, pouco mais ou menos, sentindo dôres intensas nos dentes do lado direito do maxillar inferior, e que resistirão aos meios usuaes empregados em taes circumstancias, resolveu, por conselhos de um medico, a arrancal-os uns apoz outros, deixando sómente o ultimo mollar e o incisivo mediano desse lado.

Longe de sentir allivio com a extracção dos dentes, os seus soffrimentos, pelo contrario, augmentárão, e então elle começou a

perceber que a parte esquerda da face, correspondente ao maxillar inferior, augmentava progressivamente de volume, e era a séde de dôres horriveis, pelo que consultou a um facultativo do logar, o qual fizera sobre a superficie externa do tumor tres punções em pontos differentes, e que não derão sahida senão a um liquido sanguinolento.

Não experimentando melhora alguma em seu estado, e vendo que a affecção adquiria proporções consideraveis, decidiu-se a

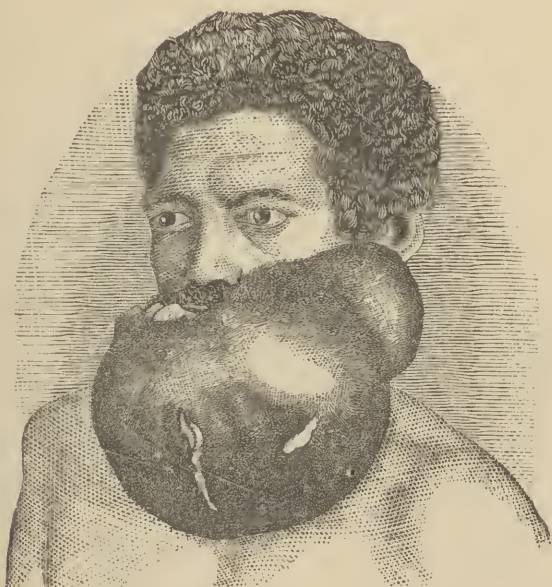



Fig. 89. — Tumor cysto sarcomatoso do maxillar inferior visto de frente.

vir tratar-se aqui na Côrte, onde apoz a sua chegada procurou o Hospital da Mizericordia, e foi admittido na enfermaria de clinica cirurgica da Faculdade de Medicina.

A physionomia do doente se achava, como vos disse, grandemente alterada e deformada por um enorme tumor que envolvia todo o maxillar inferior desde a parte lateral esquerda até ácima da união do corpo com o ramo articular do lado direito (fig. 89).

Coberto pela pelle das partes correspondentes da face, o tumor fórmava uma consideravel saliencia no exterior e se estendia em seu maior diametro desde o condylo e apice da apophyse mastoide do lado esquerdo até acima do ponto de união do corpo com o ramo vertical da mandibula ; sendo limitado adiante na parte esquerda da face pela apophyse zygomatica e pelo osso mallar, e externamente pela borda interna do musculo sterno-cleido-mastoidêo.

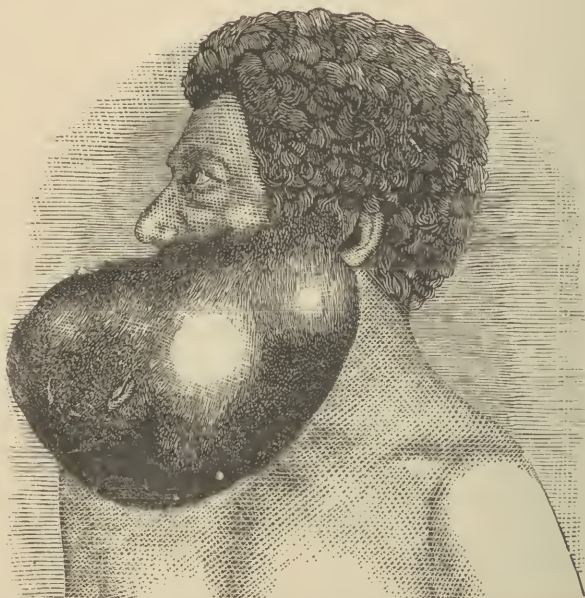



Fig. 90. — O mesmo tumor representado na figura 89 e visto de perfil.

Contorneando assim toda a região mento-hyoidiana até ao angulo direito do maxillar inferior, este tumor afastava o labio inferior do superior, e o levava muito para o lado direito.

A saliencia que elle exteriormente fórmava vista do lado esquerdo para o direito, apresentava a configuração de um ovoide com a grossa extremidade correspondendo à symphyse do maxillar, e a pequena constituida pelo resto do tumor (fig. 90).

Neste sentido, isto é, desde o seu apice junto á apophyse mastoidéa do lado esquerdo, até á sua base collocada no ponto de união do corpo com o ramo vertical direito, o producto pathologico media 46 centimetros. Era projectado para fóra do plano natural da face, e media seis centimetros desde o freio da lingua até ao meio do labio inferior, e desde este ponto até á sua terminação junto ao osso hyoide tinha o tumor 32 centimetros.

De uma superficie desigual e de consistencia variavel, esse tumor apresentava, nas proximidades do lobulo da orelha sobre a região masseterina do lado esquerdo, uma saliencia hemispherica, onde havia signaes bem manifestos de fluctuação. No resto da sua extensão o tumor offerecia dureza notavel, havendo entretanto pontos em que a consistencia diminuia, e onde se percebia pela pressão um ruido ou crepitação, ou um ruido verdadeiramente de pergaminho, assemelhando-se ao de laminas osseas que se despedaçassem.

A pelle que cobria o tumor se achava adelgaçada e distendida, mas movia-se facilmente sobre os tecidos subjacentes, excepto em tres pontos do tumor, onde se notavão tres soluções de continuidade infundibuliformes, alongadas, revestidas de um tecido fungoso, e, que terminadas no interior do tumor, davão sahida a um liquido sero-purulento pouco abundante e muito fetido.

No interior da boca o tumor occupando toda a porção esquerda do maxillar até ao primeiro pequeno mollar do lado direito, formava uma saliencia consideravel e desviava a lingua e a parede lateral esquerda do pharynge para o lado direito.

A sua superficie era tambem desigual, de côr rosea, e apresentava-se com um sulco ou depressão correspondente á arcada alveolar superior, e com algumas escoriações mui pouco profundas, mas fornecendo um liquido muco-purulento, fetido e abundante, que escoava atravez da boca para o exterior, tanto

mais facilmente quanto o tumor impellindo para diante e para o lado direito o labio inferior, afastava-o do superior e fazia com que a boca se conservasse constante e deformadamente aberta.

Com excepção de um dente incisivo mediano, implantado obliqua e frouxamente na parte do tumor correspondente ao meio do labio inferior, não se encontrava no lado esquerdo nenhum outro dente.

No lado direito faltavão os incisivos e o canino, mas existião em bom estado e perfeitamente seguros os outros dentes.

A lingua movia-se bem e nenhuma alteração se notava nos tecidos circumscriptos á base deste orgão e ao pharynge.

O tumor limitava-se perfeitamente bem ao corpo do maxillar inferior e ao ramo esquerdo do mesmo osso, e contorneando esta região tinha limites bem precisos, e podia ser movido sem acarretar partes estranhas ao maxillar e deixava perceber perfeita integridade nas articulações temporo-maxillares.

Ainda que se comprimisse fortemente o tumor, a sensibilidade não era bem pronunciada; mas, espontaneamente, o doente experimentava dores surdas e terebrantes, que se tornavão muito intensas durante a noite.

Não havia difficuldade na deglutição nem na mastigação dos alimentos pouco solidos; mas a voz do doente era nazal, e ao mesmo tempo guttural e pouco clara.

Além dessa affecção o doente não accusava em seus antecedentes circumstancia alguma que tivesse com ella a menor relação.

As outras funcções erão executadas normalmente, e o tumor só incommodava-o pelo seu volume; porém esse incommodo não perturbava de maneira alguma o funccionalismo dos orgãos vizinhos, e não havia, na occasião em que o doente entrou para o hospital, alteração alguma em qualquer orgão ou apparelho organico.

A' vista dos caracteres apresentados pela producção morbida, não tive duvida, meus senhores, em estabelecer o diagnostico de um — cysto-sarcoma do maxillar inferior.

Não podia pensar em um enchondroma já pela raridade dessa especie de producção morbida, que com effeito só até hoje foi observada duas vezes no maxillar inferior, já porque a sua consistencia é mais notavel, a sua marcha muito lenta e a sua indolencia manifesta.

Não era um kysto simples, porque a molleza e fluctuação alli encontradas e que podem caracterisar essa especie de tumores erão percebidas em um ou outro ponto sem a renitencia elastica dos kystos uniloculares; tambem não era um kysto multilocular, porque neste ha refluencia de liquidos de uma loja para outra, o que não havia no caso que nos occupa, e além disso ainda não forão observados no maxillar inferior, e têm uma marcha nimiamente lenta. Não era um fibroma, porque, comquanto frequente no maxillar superior, no antro de Highmor, na apophyse basilar etc., é raro no maxillar inferior, e quando existe nesta região occupa geralmente a parte externa do osso proximo á symphyse. Além disto tem uma marcha muito lenta, e necessita, como bem diz Paget, de 12 a 14 annos para chegar a um desenvolvimento consideravel. Muitas observações que ha a respeito desta especie de tumor o descrevem com uma fórma globular, resistente e só se apresentando *fluente* quando ha inflammação das partes visinhas.

Em 1872 tive occasião de fazer a rescisão de metade do maxillar inferior em um doente affectado de um fibroma do corpo deste osso (fig. 91). O tumor tinha uma fórma spheroidal e uma consistencia consideravel. O seu desenvolvimento fôra muito lento, mas acompanhado sempre de muitas dores. O doente se restabeleceu, como vos mostra esta photographia (fig. 92).

Não era um *fibroide,* porque este confunde-se muito com o fibroma, e só o microscopio póde distinguil-os, e si no tumor de

que vos fallo não se notavão caracteres de fibroma, tambem não se encontravão os de fibroide.

Não era um tumor vascular sanguineo, porque este é raro no maxillar inferior, e além disso porque, quando um aneurisma dos ossos attinge ás proporções do tumor que vos serve de estudo, apresenta um ruido de expansão bastante sufficiente para não

Fig. 91. — Osteo-fibroma desenvolvido no lado esquerdo do maxillar inferior.

deixar duvida alguma sobre a sua existencia e natureza, e isto não se notou no doente a que me refiro.

Não era um lipoma, porque este, raro no maxillar inferior, não se desenvolve tanto como o do caso vertente; e demais os lipomas apresentão uma certa molleza *total* que póde simular uma fluctuação, e isto não se notava no tumor de que me occupo.

Logo tratava-se de um cysto-sarcoma.

Podem entretanto, objectar com o amollecimento que se percebia sobre alguns pontos da superficie do tumor que me occupa e que de alguma sorte parecia repellir a idéa da existencia de um cysto-sarcoma, pois que este apresenta, em geral, uma consistencia dura e uniforme, em principio; mas responderei que isto em

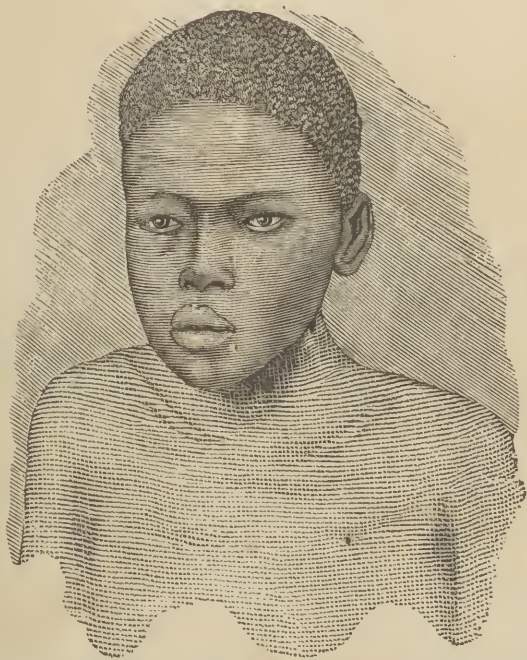



Fig. 92. — Resultado alcançado com a rescisão do maxillar inferior no individuo da figura 91.

nada influe, porque, comquanto tivesse notado a existencia de *pontos fluentes* na superficie do tumor, comtudo julguei dependentes antes da fusão do tecido cellular, aliás muito commum, e que os explica perfeitamente.

O sarcoma, meus senhores, chamado tambem *tumor fibro-plastico* e *embryoplastico*, é uma das producções morbidas mais

frequentes que se encontrão. Elle não só apparece no tecido conjunctivo subcutaneo e intermuscular, como nas partes profundas, no periosteo e no canal medullar dos ossos.

Não ha muito tempo tivestes occasião de observar aqui dous doentes de tumores sarcomatosos em um dos quaes a affecção

Fig. 93. — Tumor sarcomatoso subcutaneo do ventre e extirpado pelos Drs. Saboia e Catta Preta, com feliz resultado.

occupava toda a nadega e em outro toda a face anterior da perna esquerda.

Em minha clinica tive de operar ha poucos dias uma criança de seis annos que apresentava um enorme sarcoma subcutaneo do lado esquerdo do ventre (fig. 93).

Debaixo do ponto de vista clinico o que é necessario saber, é que ha tumores sarcomatosos, que uma vez extirpados não se reproduzem e não exercem uma influencia maligna sobre a economia, assim como ha outros que representão no mais alto gráo os caracteres da malignidade, como o encephaloide ou os sarcomas chamados embryoplasticos.

A reproducção não é caracter essencial da malignidade de um tumor, e clinicamente póde se considerar como benigna toda a producção morbida que não se estende ás partes vizinhas, nem produz alterações profundas no organismo.

A julgar pela limitação da affecção no doente que é objecto da presente lição, unicamente ao maxillar inferior, não se podia considerar o seu tumor como uma producção essencialmente maligna.

Em todo o caso, me abstive de formular um prognostico isento de qualquer duvida, e só pensei nos meios que poderia empregar para livrar o doente de seu tumor ou minorar os seus soffrimentos.

Não ignoraes qual é a marcha de um sarcoma, e sabeis que esses tumores nunca terminão favoravelmente ; portanto, seria inutil empregar com este intuito qualquer meio medicinal.

Só poderia pensar na extirpação do tumor. Este, circumscripto unicamente ao maxillar inferior, não era inaccessivel aos meios cirurgicos, e então opinei pela ablação do maxillar, o que teve logar no dia 16 de Agosto, deixando sómente o condylo do lado esquerdo desse osso.

A operação foi feita em dous tempos. No primeiro me limitei a praticar duas incisões elipticas que concentricamente comprehendendo as tres ulcerações do tumor partião da apophyse zygomatica do lado esquerdo, e vierão terminar no lado direito no ponto correspondente á união do corpo com o ramo vertical do maxillar. Ligadas as arterias e disseccada a pelle, foi descoberto o tumor; e no segundo tempo fiz a secção do collo maxillar no lado direito e separei a producção morbida de todos os pontos com os quaes estava intimamente ligada.

O corrimento sanguineo foi abundante durante a operação, e o doente teve diversas syncopes; entretanto feita a hemostasia e, unida convenientemente a ferida por meio de 12 pontos metallicos, o operado foi collocado em seu leito, administrando-se immediatamente pela sonda esophagiana um bom caldo com vinho, o que foi repetido á tarde e no dia seguinte.

De 17 até 21 do corrente mez de Agosto, o doente apresentou-se sempre em muito boas condições. A ferida cutanea se conservava unida ou adherente em toda a sua extensão. Sómente havia uma salivação muito abundante e fetida. O pulso não excedia de 80, e a temperatura não passava de 38 gráos.

No dia 22 o doente apresentou-se mais abatido, mostrando uma repugnancia consideravel para os caldos e leite, que erão levados ao estomago por meio da sonda esophagiana.

Prescrevi uma solução de chlorato de potassa para as lavagens da boca, e recommendei ao interno que continuasse a administrar por si mesmo caldos bem succulentos, não se importando com a repugnancia e opposição feitas pelo doente para os tomar.

As minhas recommendações não forão infelizmente executadas: o interno encarregou ao enfermeiro de preenchel-as, e este vinha com os caldos e os punha ao lado do doente, que promettia tomal-os, mas que em logar de o fazer lançava-os sobre o vaso ao lado, e assim passou o doente até ao dia 25, em que, sendo levantado para mudar de leito, teve um vomito seguido logo apoz de um corrimento sero-sanguinolento procedente da ferida da boca. Como esse corrimento sanguineo se prolongasse, foi ás duas horas da madrugada chamado o medico interno, que fez todos os esforços para o estancar, mas sem proveito, vindo o doente a fallecer ás tres e meia horas da manhã desse mesmo dia.

Na autopsia feita 24 horas depois da morte verificou-se que a ferida cutanea resultante da ablação do tumor se achava quasi toda cicatrizada, e que todos os orgãos se apresentavão

no mais perfeito estado, sem lesão ou alteração apreciavel á vista; havia unicamente pallidez ischemica de todos os orgãos, bem como das mucosas bocal, pharyngeana e tracheal.

Examinando-se os vasos que podião ter sido interessados na operação, verificou-se que todos elles se conservavão ligados, com excepção da arteria mylo-hyoidéa, que se achava nimiamente retrahida e que não dando sangue na occasião da operação escapára á ligadura.

Combinando-se agora todos esses factos, por elles se chega á conclusão de que o doente, achando-se nimiamente enfraquecido com a falta de alimentação e reduzido ao ultimo gráo de inanição, fallecéra em virtude do corrimento sanguineo que occorrera em taes condições.

Essa hemorrhagia, que em outras circumstancias, não teria consequencia desfavoravel, foi sufficiente em um individuo nimiamente enfraquecido para lhe determinar a morte, o que é tanto mais para lamentar-se, meus senhores, quanto o mau resultado foi em grande parte devido a não terem sido observadas as minhas recommendações.

Já senti por varias vezes a necessidade de fazer em muitos casos o curativo dos meus operados, sob pena de alcançar um resultado desfavoravel; mas agora ainda se torna mais viva a minha convicção, e sirva este facto para mostrar que, si as consequencias felizes de uma operação dependem em grande parte da habilidade do cirurgião, mais vezes ellas são alcançadas quando aquelle por si mesmo faz os curativos e administra os meios que mais necessarios se tornão aos operados.

OCTAGESIMA LIÇÃO

CHONDRO-FIBRO-SARCOMA DOS MAXILLARES SUPERIORES.

SUMMARIO: — Exposição dos symptomas apresentados por um doente de tumor dos maxillares superiores. — Historia da evolução da producção morbida. — Caracteres especiaes do tumor. — Questões clinicas a elucidar. — A séde do tumor é nos maxillares superiores. — Producções morbidas que se apresentão nestes ossos. — Caracteres clinicos dos kystos, dos polypos fibrosos e mucosos, dos lipomas, dos fibromas, dos sarcomas, dos enchondromas, dos melanomas e dos carcinomas. — Frequencia dos carcinomas. — Não ha no tumor do doente em questão os caracteres de carcinoma, nem os de um osteoma. — Encontrão-se os caracteres do sarcoma, do fibroma e do enchondroma. — O diagnostico é de tumor chondro-fibro-sarcomatoso. — Prognostico e indicações curativas. — Necessidade da intervenção cirurgica. — Anatomia do campo da operação. — Regras a estabelecer para a execução desta. — Processos operatorios da rescisão dos maxillares superiores. — Processo preferido. — Posição do doente. — Emprego do chloroformio. — A operação é feita em dous tempos. — Phenomenos observados durante a sua execução. — Consequencias da operação no doente. — Causa da morte do operado.

MEUS SENHORES,

Ha duas semanas ou cerca de quinze dias que a vossa attenção tem sido attrahida para o doente que occupa o leito n. 27 d'esta enfermaria.

A affecção que obrigou-o a recolher-se ao hospital é, como vêdes, constituida por um enorme tumor, que occupa todo o lado direito da face.

O individuo em questão, comquanto me houvesse dito ter apenas 29 annos de edade, todavia pelo seu estado geral parece ter de 35 a 40 annos. A sua constituição é regular, seu temperamento lymphatico, a musculatura é pouco desenvolvida; entretanto o seu arcabouço apresenta boa conformação.

O tumor que occupa todo o lado direito e anterior da face tem uma fórma globulosa e o seu volume póde ser approximativamente comparado á cabeça de um recem-nascido ou á de uma criança de seis mezes de edade (fig. 94).

Seja como fôr, pela applicação da vista nota-se que através dos labios se apresenta uma grande saliencia lisa, onde se en-

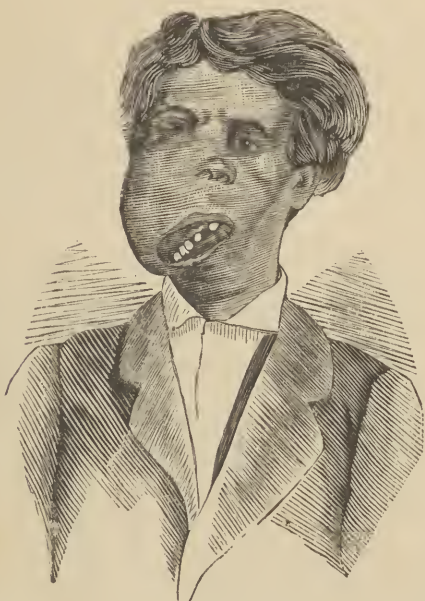



Fig. 94. — Tumor chondro-fibro-sarcomatoso desenvolvido em ambosos maxillares superiores, e extirpado com estes em 29 de Setembro de 1879.

contrão implantados diversos dentes. Esta saliencia proemina para a região anterior, inferior e externa da face. Acha-se ella limitada, á esquerda por uma linha, que do angulo interno da orbita viesse á commissura labial; para fóra e para a direita, por uma linha que contorneasse o maxillar inferior; e superiormente por uma linha que da orbita, a dous dedos para dentro, viesse ter á apophyse zygomatica.

A pelle, que está em relação com o tumor, não offerece modificações apreciaveis; acha-se distendida, e a rêde vascular ahi se apresenta bem visivel.

A superficie externa do tumor, ou a que se acha em relação com a face, apresenta-se abaulada e desigual. Ahi se pódem distinguir tres porções mais ou menos visiveis; uma correspondente á face naso-orbitaria do maxillar superior, outra á apophyse zygomatica, e a terceira emfim á parte lateral do mesmo osso. Os limites, porém, destas tres regiões não são muito sensiveis.

A região nazal se acha projectada da direita para a esquerda, a fossa nazal direita está reduzida a uma fenda e o contorno nazal a uma curva de concavidade esquerda. A abertura da fossa nazal esquerda acha-se diminuida, mas não reduzida a uma fenda, como a outra.

O globo ocular direito realiza um contraste manifesto com o esquerdo; emquanto que aquelle se acha alongado e superficialmente collocado, este está como que encravado na orbita (fig. 95).

Pela apalpação o tumor é duro e resistente como um osso, entretanto, apezar desta dureza, se tem a sensação de uma certa elasticidade.

O pequeno tumor que a apalpação indica existir superiormente do lado esquerdo se mostra molle, e parece ser originado por uma alteração da glandula lacrymal.

Quando procura-se examinar o tumor na boca, para onde tambem se estende, como vêdes, nota-se que elle é perfeitamente limitado na juncção entre a abobada palatina e o véo do paladar, cuja estructura é perfeita; e para o lado direito o tumor acha-se tambem elevado cerca de quatro dedos transversos da arcada alveolar do maxillar superior onde nota-se um entalho produzido pelos dentes do maxillar inferior.

Esparsos se encontrão os grandes, e pequenos molares, os caninos e dous dentes incisivos.

Tambem se observa nesta região a mesma dureza ossea. O fundo de sacco labio-gengival direito se acha muito aprofundado.

Por meio da pressão não revela o doente dôres intensas, dizendo entretanto que algumas vezes experimenta dôres espontaneas.

Interrogado sobre a época em que a sua affecção começára a manifestar-se, me declarou que ha oito annos a esta parte,

Fig. 95. — Limite lateral direito do tumor chondro-fibro-sarcomatoso representado na figura 94.

começou a perceber uma saliencia na abobada palatina e na parte superior do maxillar direito, e que tendo dado um golpe na boca teve uma hemorrhagia que durou cinco dias.

A vista se acha intacta, quer n'um quer n'outro olho. Em relação á olfação, parece que o doente se acha com ella abolida pois que não sente o cheiro de substancia alguma applicada á abertura externa do nariz.

A deglutição é boa e a falla intelligivel, comquanto tenha o doente difficuldade em pronunciar as syllabas labiaes e palatinas.

E' necessario agora estabelecer o diagnostico da affecção que apresenta o doente. Que tumor será este? qual a sua marcha? qual o seu prognostico? quaes as indicações a preencher em tal caso? Taes são as questões a resolver quando se trata de uma affecção desta ordem.

Não preciso entrar em considerações para conhecer a séde da affecção em questão, pois que occupa ella, como visivelmente se nota, os maxillares superiores e só estes ossos.

As affecções que costumão desenvolver-se no maxillar superior são variadissimas e dão ordinariamente logar a confusões, difficultando deste modo o diagnostico differencial.

Comquanto não se possa ahi tratar de um kysto do seio maxillar, attento ao desenvolvimento excessivo deste tumor, preciso passar em revista essa ordem de affecção, que Dupuytren e Rokitanski dizem ser mui frequentes.

Quando um destes kystos tem a sua séde no antro de Highmor, a substancia do periosteo cresce muito; as paredes se tornando resistentes e duras como pedra, não permittem differençar essa affecção de algumas neoplasias.

Os kystos de Paget podem desenvolver-se, é exacto, nesta região, com uma evolução igual á deste tumor, mas o facto da hemorrhagia assignalado, além do volume e dureza excessiva, fazem-me excluir a idéa de kysto.

Tratar-se-ha de um polypo fibroso ou mucoso? Os polypos mucosos não assumem taes proporções.

Pensando em lipoma, nos occorre a idéa de que só Vogel refere um caso de tumor gorduroso desta região, porém este mesmo não tão desenvolvido.

O empyema, e o derramamento sanguineo poderião dar logar a tumores desta região, mas ainda assim elles não attingirião a tal proporção.

Restão agora os fibromas, sarcomas, enchondromas, melanomas e carcinomas.

De todas estas producções neoplasicas nenhuma ha que se compare com os carcinomas quanto á frequencia.

Com effeito, em 21 casos de ablação do maxillar superior, Langenbeck diz que 14 forão reclamados pelos carcinomas. Em outra serie de 24 casos, ainda 14 forão devidos ao carcinoma. Finalmente, em 156 casos que se achão registrados nos annaes scientificos 75 forão reclamados por aquella affecção.

Em vista, pois, desta frequencia, deve-se cogitar na presença de um carcinoma. Esta affecção tem sua séde no tecido sub-mucoso do seio maxillar. Quando se manifesta uma neoplasia deste genero, nota-se que ella tem um desenvolvimento progressivo, e dá logar a uma infiltração plastica, que vai invadindo os tecidos e com elles se identificando, até que por fim provoca uma inflammação ulcerativa que compromette a pelle em diversos pontos.

Não ha carcinoma que apresente oito annos de duração, como succede neste doente, e só isto me basta para excluir do diagnostico um tumor desta especie; além de que não se nota neste doente o engorgitamento dos ganglios da região cervical, que costuma acompanhar os carcinomas, além de dores fortes ; e para ainda mais banir-se do espirito a idéa de carcinoma accrescentarei que os caracteres subjectivos da affecção que tendes sob os olhos differem dos daquella.

Já tive em minha clinica um caso de cysto-carcinoma do maxillar inferior, porém ahi o tumor se mostrava em alguns pontos molles e em outros duros; aqui se trata de um tumor duro, petreo, differindo, portanto, do tumor alludido.

O professor Paget refere o caso de um tumor do maxillar superior com grande augmento de volume e Heyfelder conta existir no hospital de S. Bartholomeu em Londres um osteoide

com as dimensões da cabeça de um adulto. Só pela dureza encontrada no tumor de nosso doente poderia pensar em um osteoide de Heyfelder.

Entretanto as observações do mesmo Paget fazem-me crer que se tratava naquelles casos antes de uma hyperostose do que de uma verdadeira producção morbida.

Casos de exostose nesta região se tem observado, porém nunca attingindo a taes dimensões. Langenbeck refere o caso de uma com exophthalmia.

Não só pela raridade da affecção como tambem por outras considerações que vos expuz, posso excluir do diagnostico a idéa de osteoide, bem como de melanoma.

Resta-me agora examinar si se trata de um sarcoma, fibroma ou enchondroma. Estes tumores se confundem tanto, que só o microscopio os póde distinguir. De todos elles, o sarcoma é o mais frequente, quer sejão gelatinosos, quer fibrosos, quer cellulosos. Estas tres variedades se notão no maxillar superior e attingem a grandes dimensões.

O sarcoma se apresenta alongado, o fibroma globuloso e o enchondroma cheio de saliencias e depressões.

Todos os tumores nascem do tecido sub-mucoso do antro de Highmor, e desenvolvendo-se sahem do seio maxillar, e ora se dirigem para cima, indo produzir exophthalmias, ora se insinuão pelas fossas nazaes, e as obliterando acarretão perturbações na funcção olfativa, coma acontece no nosso doente, ora, finalmente, como ainda aqui se nota, elles se dirigem para a parte externa e inferior, dando logar a grandes deformações.

Todos, como vos disse, se desenvolvem muito, sendo que o sarcoma e o fibroma tomão muitas vezes a consistencia ossea, se convertendo em osteo-sarcoma e osteo-fibroma.

No caso que se acha sob as nossas vistas se nota a elasticidade do sarcoma, a dureza do enchondroma, porém falta a pouca resistencia daquella variedade de tumores.

Pelas razões que acabei de vos apresentar julgo poder affoutamente estabelecer no caso presente, como já vos disse ao pé do leito do doente, o diagnostico de um chondro-fibro-sarcoma do maxillar superior. Como já sabeis, aqui se encontrão, com effeito, caracteres proprios dessas tres ordens de neoplasias: do fibroma a fórma; do enchondroma a consistencia e os lobulos (apezar destes tumores serem muito mais raros no maxillar superior que os fibromas); e do sarcoma a elasticidade em alguns pontos e as dores que accusa o doente.

Estabelecido o diagnostico, qual o prognostico a formular e quaes as indicações a preencher?

As observações que se achão consignadas nos annaes scientificos demonstrão, á toda luz, que um tumor, quer seja fibromatoso, quer enchondromatoso, quer finalmente sarcomatoso póde tomar um desenvolvimento tal que embarace o exercicio de certas funcções essenciaes á vida; neste caso póde mesmo comprometter o cerebro e o doente morrer. Ora, deveis ter observado o grande desenvolvimento que tem tido o tumor durante estes 15 dias em que o doente se acha na enfermaria, pois a parte que faz saliencia pela abertura da boca está muito maior. Si assim é, apezar dos casos de cura espontanea desses tumores, os quaes infelizmente são muito raros, não se póde cruzar os braços, e a nossa intervenção torna-se necessaria.

Mas, para intervir devem se pesar de um lado as consequencias da operação e do outro o resultado do abandono desta affecção á sua marcha natural. A intervenção cirurgica acarretará ao doente mais perigo do que si se deixar a molestia progredir em sua marcha natural?

A sciencia, em seu desenvolvimento progressivo, nos apresenta muitos casos de tumores do maxillar superior em que a ablação tem sido seguida de resultado; logo, não se deve temer a intervenção. Nem ha necessidade de ter em grande conta o volume deste tumor, visto como pela descripção de algumas daquellas

observações, o tumor tinha attingido ao volume da cabeça de um adulto. Resta agora saber si o tumor tem interessado partes que se tornem inaccessiveis aos meios cirurgicos. O exame minucioso a que procedi demonstrou que o tumor neste caso limita-se aos dous maxillares superiores comprομettendo todo o maxillar direito e grande parte do esquerdo. A compressão do globo ocular ainda não chegou a comprometter o sentido da visão. Pela parte externa vê-se que o tumor se limita á parabola descripta pelo maxillar inferior, que ainda não se acha comprommettido, como se lê em algumas observações.

Assim pois, a ablação deste tumor é um meio que deve ser tentado. Vejamos como proceder nesta operação. Para isto julgo indispensavel fazer um ligeiro estudo anatomico das partes comprommettidas pelo tumor.

A operação precisa para a extirpação d'este tumor deve necessariamente estender-se á região orbitaria, á nazal e mesmo á facial esquerda e á abobada palatina. O campo de acção se exerce em uma extensão tal que torna-se necessario conservar bem em mente a anatomia de todas as partes comprommettidas.

Cobrindo o tumor tem-se primeiro uma camada superficial, constituida pela pelle; abaixo desta uma outra camada de tecido conjunctivo frouxo; depois vêm aponevroses, musculos, vasos e nervos. A pelle ahi é fina, desprovida de pellos nas regiões do buccinador, mais grossa e coberta de pellos na região labial e facial externa. Existem differentes musculos sobre os quaes tem-se de actuar ou dividindo-os ou destruindo-os em sua inserção. Ha a aponevrose facial constituida pela folha superficial da aponevrose parotidiana que vai se confundir com a cervical.

Quanto aos vasos e nervos ainda é mais importante o seu conhecimento. As arterias que vão ter a esta região são: a facial, ramo da carotida externa; a sub-orbitaria, ramo da carotida interna; e além dessas ha os ramos que vêm da arteria temporal.

A arteria facial transversa passa pelo angulo externo do musculo masseter. A sub-orbitaria atravessa o canal sub-orbitario e vem se reunir ás coronarias labiaes e nazaes.

O esqueleto é constituido pelo maxillar superior, cujo conhecimento é imprescindivel quando se quer fazer a sua ablação. Comquanto o tumor tenha alterado as relações deste osso, todavia alguns pontos de reconhecimento ainda se encontrão. Situado abaixo da região frontal, elle é circumscripto pelas cavidades orbitaria, nazal e bocal. Apresenta tres fendas: a do canal nazal, a spheno-maxillar e a orbitaria inferior, ou, si quizerdes, a fenda pterygo-maxillar. Tem a fórma de um cubo, apresentando uma face superior ou orbitaria, uma inferior ou palatina, uma interna ou nazal, uma externa ou temporal, uma anterior ou facial e finalmente a posterior ou sphenoidal. Apresenta quatro apophyses: a ascendente do maxillar superior, a mallar, a palatina e a alveolar. Já podeis formar idéa dos pontos que tenho de atacar, conhecidas estas apophyses. Apresenta ainda, em seu interior, um seio com paredes delgadas e forradas por periosseo e uma membrana mucosa excessivamente delgada. Elle se articula pela sua face ocular com a superficie orbitaria do palatino, e ainda com o ethmoyde, o osso malar e o unguis; pela apophyse ascendente com o frontal e lateralmente com os ossos proprios do nariz; posteriormente se articula com a porção vertical do osso palatino e com a apophyse pterygoide do sphenoide, constituindo o canal percorrido pelas arterias e nervos pterygo-palatinos.

As faces inferior e interna são cobertas por uma membrana mucosa cujas folhas se reunem na parte posterior para formarem o véu do palladar.

Como devo praticar a ablação do tumor?

Um dos pontos mais importantes e de que o cirurgião necessita ter conhecimento exacto, é a fenda sphenoidal ou orbitaria inferior. Essa fenda acha-se collocada na parte lateral externa, a seis ou oito linhas distante da borda inferior da orbita, e, para

se conhecer a sua direcção, traça-se uma linha que corresponda á articulação do osso mallar e que se dirija de fóra para dentro, onde vae terminar formando um angulo agudo com a fenda maxillar. Si não tiverdes pleno conhecimento da situação dessa fenda, muitas vezes interrompereis a vossa operação.

A articulação mais forte e que mais obstaculos offerece á operação é a do mallar.

A operação da rescisão parcial do maxillar superior data de 1693. Acoluthus foi quem primeiro tentou esta operação, porém pertence a Gensoul o primeiro caso de resecção total desse osso (1827). No anno seguinte Lizars na Inglaterra e Textor na Alemanha praticárão a mesma operação; a rescisão porém de ambos os maxillares superiores foi feita em 1844 por J. F. Heyfelder.

Entre nós, sabe-se que, d'entre os primeiros cirurgiões, que praticárão a rescisão total, contão-se Antonio da Costa, Teixeira da Costa, Matheus de Andrade e Manoel Feliciano. Por minha parte já pratiquei tres destas operações. Sou eu porém o primeiro que pratica ao menos no Rio de Janeiro a rescisão de ambos os maxillares.

E' uma operação excessivamente longa e que conta differentes processos operatorios. O maxillar superior se acha coberto por uma porção de pelle tão elastica que, á primeira vista, pareceria facil fazer a operação sem interessal-a, poupando-se assim os nervos que vêm do facial e do segundo ramo do trigemeo, no caso que se tratasse de uma resecção parcial; mas no de ablação total e de ambos os maxillares, não se póde deixar de comprometter mais ou menos a pelle. Dividirei a operação em dous tempos. O primeiro consistirá na denudação do tumor; o segundo em sua ablação.

No methodo de Heyfelder talhão-se dous retalhos, dos quaes o inferior é quadrangular e feito por duas incisões, uma partindo do meio do espaço superciliar se dirige pelo dorso do nariz até ao labio superior que se divide ao nivel do dente canino, e outra partindo

da raiz do nariz até quasi o angulo externo do olho. E' um processo abandonado porque o retalho fica comprommettido em sua nutrição e tambem por interessar a arteria e nervo faciaes.

Dieffenbach, Nelaton, Huguier e outros fazem uma incisão que começa no angulo interno do olho e termina em linha recta, no sulco naso-labial tendo-se assim um grande retalho sem interessar vasos importantes.

Finalmente Blandin, Velpeau, Lengenbeck e outros praticão uma unica incisão lateral externa, partindo de um ponto da arcada zygomatica mais ou menos aproximado do angulo externo e dirigido obliquamente até á commissura do labio.

Qual destes processos deve merecer a preferencia ?

Já em duas operações procedi do modo seguinte : Fiz uma incisão mediana partindo do angulo interno do olho e dividindo o labio superior ao meio ; do extremo superior desta incisão fiz partir uma outra transversal parallela á arcada orbitaria até chegar á articulação do mallar. Como tenho de fazer a ablação dos dous maxillares, hei de prolongar esta incisão transversa para a esquerda. Feitas as incisões e separadas as partes molles entrarei no segundo tempo da operação : a ablação. Passarei as serras de cadeia sendo uma em cada fenda, para separar os pontos articulares. A melhor posição do doente seria assentado ; mas, como ninguem desconhece os perigos da chloroformisação nessa posição, conservarei o doente deitado. Os cirurgiões allemães fazem a chloroformisação em dous tempos. Em 29 operações desta ordem, Heyfelder só contou um caso de morte devida ao chloroformio. Parece-me que alli se tem o habito de, nos casos de chloroformisação para esta operação, praticar a operação da tracheotomia, porém, como não tenho certeza de que o apparelho funccione bem, prescindirei de sua execução.

Bisturis, tenazes, serras de cadeia, cauterios de Pacquelin ou de Mildeldorpf, machinas electricas para qualquer accidente e ajudantes intelligentes e experimentados, eis as condições

indispensaveis para a operação, cuja execução reservarei para um dos proximos dias desta semana.

Operação.—Está concluida, meus senhores, a operação da rescisão de ambos os maxillares superiores no doente de que me oc-

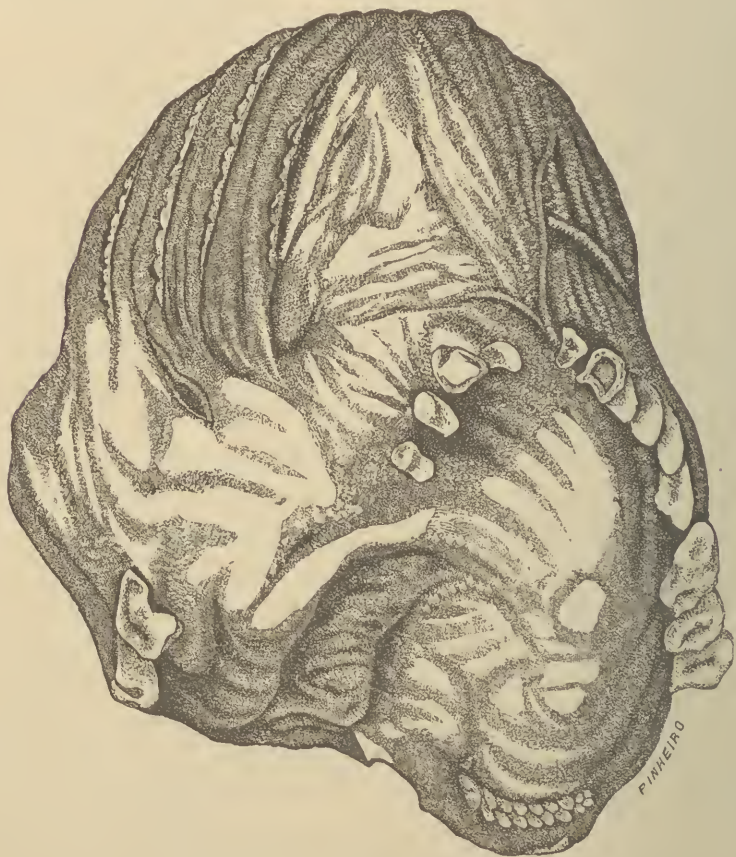



Fig. 96. — Tumor chondro-fibro-sarcomatoso visto pela face palato-staphylina.

cupei na conferencia de antes de hontem. Eis aqui a peça pathologica (fig. 96) que foi extrahida, e sujeitando-a a vosso exame, devo antes de dar-vos conta circumstanciada do que fiz,

agradecer-vos a ovação e applausos que me prodigalisastes, quando sem o mais ligeiro accidente vistes concluido o meu trabalho.

Eis pois como foi executada a operação. A's 8 horas da manhã do dia marcado (29 de Setembro de 1879) fiz uma injecção hypodermica de morphina no doente, e ás 8 1/4 o submetti á acção do chloroformio.

Logo que o doente mostrou-se insensivel á acção das excitações externas, mas sem haver completa anesthesia, ou ter entrado no periodo de tolerancia, dei começo á operação que foi realizada em dous tempos.

Primeiro tempo.— Fiz primeiramente uma incisão que começando a dous centimetros abaixo do angulo interno do olho direito terminou no labio superior correspondente ; depois fiz uma segunda incisão horizontal do angulo interno do olho (ponto de partida da primeira incisão) até á região zygomatica. Com estas duas incisões obtevi um retalho triangular de base voltada para baixo e para fóra, e de apice voltado para cima e para dentro ; disseccado este retalho direito, fiz outro identico do lado esquerdo que tambem foi disseccado ; ficando então o tumor a descoberto.

Terminado o primeiro tempo da operação, fiz cessar a chloroformisação, e voltando o doente a si administrei-lhe um pouco de vinho.

Segundo tempo.—Tendo o doente repousado por um quarto de hora, passei então as serras de cadeia pelas fendas spheno-maxillares direita e esquerda, e por meio dellas separei os mallares, ficando os maxillares superiores desligados da apophyse orbitaria externa, do frontal e das apophyses zygomaticas, ás quaes se prendia por intermedio dos ossos mallares. Com uma serra fina cortei os ossos nazaes e as apophyses ascendentes dos maxillares superiores, separando em seguida estas ultimas do ethmoide e dos ossos lacrimaes.

Por meio d'uma thesoura forão separadas as tuberosidades maxillares das apophyses pterygoides do sphenoide e com um bisturi de lamina curva incisei o véo do paladar no sentido de sua direcção transversa.

Destruidas todas as uniões que prendião os maxillares ao resto da face, tomei o tumor com as duas mãos, e fazendo um movimento de arrancamento para diante e para baixo e finalmente por tres movimentos de torção acabei por extrahil-o.

O doente não deixou de sentir-se abalado, mas soffreu com grande coragem o traumatismo cirurgico.

Não foi necessaria ligadura alguma na região occupada pelo tumor, e apenas transudou das paredes da immensa cavidade insignificantissima quantidade de sangue.

Vou agora proceder ao curativo, que consistirá na applicação de algumas bolas de cotão embebidas em tintura de benjoim sobre as partes d'onde procede a transudação sanguinea e farei depois a costura dos retalhos cutaneos.

Empregarei para isto os fios metallicos, sendo a região facial respectiva coberta com as peças phenicadas do apparelho curativo de Lister.

Consequencias da operação.—Terminado o curativo, foi o doente collocado no leito, onde lhe fiz administrar por meio da sonda esophagiana um caldo substancial misturado com um calix de vinho de Ducro.

Até o meio dia o estado do doente era regular ; nessa hora, porém, começou a resfriar e a ter o corpo coberto de suores abundantes. Sendo então chamado, verifiquei que a temperatura estava a 34 gráos, e que havia um corrimento sanguineo incessante e que pelo ponto de origem me parecia provir da arteria spheno-palatina. Appliquei sobre esse ponto diversas bolas de cotão embebidas em perchlorureto de ferro, o que fez logo cessar o corrimento, e administrei novo caldo com dous calices de vinho do Porto.

A's 4 horas da tarde quando retirei-me de junto do doente, o calor peripherico tinha voltado; a temperatura se elevava a 36,4, e todo o corrimento sanguineo tinha cessado.

A's 6 1/2 da tarde quando voltei de novo para vel-o, soube que elle se queixando do cotão que eu lhe havia applicado, o interno o retirara, seguindo-se logo uma hemorrhagia que determinara a morte do operado em poucos minutos.

Não contava certamente com uma terminação tão desastrosa, e ainda que o apparecimento de uma hemorrhagia não fosse motivo de sorpresa em uma resecção do maxillar superior, todavia pena foi que contra o vaso não se tivesse applicado o dedo, até que se procedesse á cauterisação do ponto donde provinha o sangue.

O facto de ter apparecido a hemorrhagia oito horas depois da operação se explica perfeitamente pela compressão que o tumor então exercia sobre as arterias mais importantes da região.

FIM DO SEGUNDO E ULTIMO TOMO

INDICE DAS MATERIAS

CONTIDAS NO TOMO SEGUNDO

CAPITULO OITAVO

DE ALGUMAS LESÕES E AFFECÇÕES DAS ARTICULAÇÕES

TRIGESIMA OITAVA LIÇÃO

DA ENTORSE

TRIGESIMA NONA LIÇÃO

LUXAÇÃO COXO-FEMORAL

QUADRAGESIMA LIÇÃO

LUXAÇÃO HUMERO-CUBITAL POSTERIOR

QUADRAGESIMA PRIMEIRA LIÇÃO

LUXAÇÕES ESCAPULO-HUMERAES

QUADRAGESIMA SEGUNDA LIÇÃO

LUXAÇÕES ACROMIO E STERNO-CLAVICULARES

QUADRAGESIMA TERCEIRA LIÇÃO

DA ARTHRITE TRAUMATICA E ESPONTANEA

QUADRAGESIMA SETIMA LIÇÃO

DA COXALGIA

QUADRAGESIMA OITAVA LIÇÃO

DA ANKYLOSE ANGULAR DO JOELHO

CAPITULO NONO

DE ALGUMAS AFFECÇÕES DO APPARELHO SANGUINEO

QUADRAGESIMA NONA LIÇÃO

DOS ANEURISMAS

QUINQUAGESIMA LIÇÃO

DOS ANEURISMAS

(*Continuação*)

QUINQUAGESIMA PRIMEIRA LIÇÃO

DOS ANEURISMAS

(*Continuação*)

QUINQUAGESIMA SEGUNDA LIÇÃO

DAS VARICES DOS MEMBROS INFERIORES

CAPITULO DECIMO

DE ALGUMAS AFFECÇÕES DO APPARELHO GENITO-OURINARIO

QUINQUAGESIMA TERCEIRA LIÇÃO

MOLESTIAS VENEREAS

QUINQUAGESIMA SEXTA LIÇÃO

HYDROCELE VAGINAL

QUINQUAGESIMA SETIMA LIÇÃO

HYDROCELE VAGINAL

(Continuação)

QUINQUAGESIMA OITAVA LIÇÃO

DO HEMATOCELE VAGINAL

QUINQUAGESIMA NONA LIÇÃO

DAS ORCHITES E EPIDIDYMITES

SEXAGESIMA QUINTA LIÇÃO

URETHROTOMIA INTERNA

SEXAGESIMA SEXTA LIÇÃO

RETENÇÃO DE OURINAS E FEBRE URETHRAL

SEXAGESIMA SETIMA LIÇÃO

CALCULOS VESICAES E SUAS INDICAÇÕES CURATIVAS

SEXAGESIMA OITAVA LIÇÃO

CYSTOTOMIA OU TALHA PERINEAL

SEXAGESIMA NONA LIÇÃO

DA LITHOTRICIA

CAPITULO DECIMO PRIMEIRO

DE ALGUMAS LESÕES E AFFECÇÕES DO APPARELHO INTESTINAL

SEPTUAGESIMA LIÇÃO

TUMORES HEMORRHOIDARIOS

SEPTUAGESIMA PRIMEIRA LIÇÃO

ESTREITAMENTO FIBROSO DO RECTO

SEPTUAGESIMA SEGUNDA LIÇÃO

FISTULAS IDIOPATHICAS DO ANUS

SEPTUAGESIMA SEXTA LIÇÃO

OCCLUSÃO INTESTINAL. ENTEROTOMIA

CAPITULO DECIMO SEGUNDO

DOS TUMORES EM GERAL

SEPTUAGESIMA SETIMA LIÇÃO

ESTUDO CLINICO DOS TUMORES

SEPTUAGESIMA OITAVA LIÇÃO

MYXOMA DAS FOSSAS NAZAES

SEPTUAGESIMA NONA LIÇÃO

CYSTO-SARCOMA DO MAXILLAR INFERIOR.

OCTAGESSIMA LIÇÃO

CHONDRO-FIBRO-SARCOMA DOS MAXILLARES SUPERIORES

FIM DO INDICE DAS MATERIAS CONTIDAS NO TOMO SEGUNDO

INDICE ALPHABETICO

DAS MATERIAS CONTIDAS NO TOMO SEGUNDO

FIM DO INDICE ALPHABETICO DAS MATERIAS CONTIDAS NO TOMO SEGUNDO